

**Katholische Hochschule Nordrhein - Westfalen
Abteilung Köln**

**Masterthesis im Masterstudiengang Master of Counseling,
Ehe- , Familien- und Lebensberatung
Ungewollte Kinderlosigkeit - eine Herausforderung für die
EFL - Online - Paarberatung**

Vorgelegt von:

Susanne Kranig

Erlengrund 276

48308 Senden

0171 - 631 2434

susanne-kranig@t-online.de

Matrikelnummer: 507646

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Tanja Hoff

Zweitgutachter: Herr Georg Riesenbeck

Donnerstag, 28. Januar 2016

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Donnerstag, 28. Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Glossar

1.	Einleitung	1
1.1	Begründung des Themas	4
1.2	Motivation und Stellenwert/Bedeutung der Arbeit	5
1.3	Fragestellungen, Ziel und Hypothese	6
1.4	Aufbau der Arbeit	7
2.	Gesellschaftliche, soziologische Aspekte und Epidemiologie	8
2.1	Häufigkeit ungewollt kinderloser Paare in Deutschland	8
2.2	DELTA- Milieus – Grundlage zum Verständnis des gesellschaftlichen Phänomens „Ungewollte Kinderlosigkeit“	9
3.	Ein kontroverses Verhältnis: Kinderwunsch und „Ungewollte Kinderlosigkeit“	12
3.1	Der Kinderwunsch - eine Kosten-Nutzen-Kalkulation	12
3.2	Familienplanung – die Qual der (vermeintlichen) Wahlfreiheit	14
3.2.1	Ein Phänomen der Moderne.....	14
3.2.2	Der richtige Zeitpunkt	14
3.2.3	Elternschaft – Zäsur und Rollenwechsel	15
3.2.4	Vor- und Nachteile für Frauen und Männer	15
3.2.5	Konsequenzen: Bewusstsein und Aushandeln in der Partnerschaft	16
4.	Die Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit.....	17
4.1	Die altersabhängige Fruchtbarkeit.....	18
4.2	Biologisch bedingte Infertilität – ein Tabuthema	19
4.3	Voraussetzung: Stabile Partnerschaft und Partner mit Kinderwunsch	20
4.4	Aufklärung über fruchtbare Tage und fertilitätsverminderndes Verhalten...21	
5.	Die Zielgruppe und ihr Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit.....	22
5.1	Stressbelastung	24
5.2	Die Identitätsfrage	25
5.3	Tabuisierung und Stigmatisierung	25
5.4	ART-Behandlungen – Entscheidungsnot und Grenzenlosigkeit.....	26
5.5	Die Trauer	28
5.6	Die Paarbeziehung – Duale Dynamik der Belastungen	30
5.6.1	Die Partnerschaftszufriedenheit	30
5.6.2	Dysfunktionale Kommunikation	32
5.6.3	Die Sexualitätsproblematik	32
5.6.4	Vulnerable Paare	33
5.7	Ein (Rück-) Blick auf die DELTA-Milieus (s. Kapitel 2.2, S. 9).....	35
6.	Coping: Prozesse, Strategien und Stile	36
6.1	Coping – Bewältigung und Integration	36
6.2	Coping - Prozesse und Strategien.....	37
6.3	Aktive und passive Coping-Stile	39

7.	Beratungsansätze	40
7.1	Zusammenfassung hilfreicher Beratungsaspekte	40
7.2	Optionen der Paarberatung	42
7.3	Sexualberatung	44
7.4	Stressreduktions- und Trauerbewältigung	45
7.5	Eröffnung neuer Lebensziele	47
8.	Die Beratungslandschaft – Historie, Angebot, Wirksamkeit und Grenzen	48
8.1	Historie der institutionellen Beratungsangebote	49
8.2	Ein Spektrum an Beratungsangeboten	50
8.2.1	Interne Beratungsangebote - Psychosoziale Angebote an ART-Zentren	50
8.2.2	Externe Beratungsangebote - Face to face- oder Gruppen-Angebote	51
8.2.3	Internet- bzw. Online- Beratungsangebote	51
9.	Nutzung der bisherigen Beratungsangebote	53
9.1	Die geringe Inanspruchnahme	53
9.2	Die DELTA-Milieus – Einstellungen zur psychosozialen Beratung	55
10.	Anforderungen an ein innovatives Beratungsangebot	56
11.	Die Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung	58
11.1	Gesellschaftliche und seelsorgerische Aufgabe	58
11.2	EFL-Beratung - Auftrag, Angebot, Ziele und Themen	59
11.3	Fachliche Qualifikation	60
11.4	Kompetenz Paarberatung	60
11.4.1	Partnerschaftliche Kommunikationsprogramme	61
11.4.2	Stressreduktion mittels dyadischem Coping	62
11.4.3	Sexualberatung	62
11.5	Die Online- (Paar) - Beratung	62
12.	Ungewollte Kinderlosigkeit - eine Herausforderung für die EFL - Online - Paarberatung	64
12.1	Erfüllung des seelsorgerischen und gesellschaftlichen Auftrages	64
12.2	EFL-Kernkompetenzen - Bedeutung für ungewollt kinderlose Paare	67
12.3	Motivation für die Installation einer EFL- Online - Paarberatung	68
12.3.1	Adäquate Hilfe für ungewollt Kinderlose	68
12.3.2	Ein Schutzraum zur Öffnung und selbstbestimmten Gestaltung	69
12.3.3	Zielgruppen- und phasenspezifische Ansprache	70
12.3.4	Entlastungsmöglichkeiten und strukturierte Hilfe	71
12.3.5	Brücke für den Aufbau eines realen sozialen Netzes	72
12.3.6	Perspektive: Beratung im Internet	72
12.3.7	Spektrum der Einsatzmöglichkeiten	73
13.	Voraussetzungen für eine Etablierung des EFL-Online-Paar-Portals	75
13.1	Marketingstrategien	75
13.2	Milieu-, gender- und altersspezifische Ansprache	75
13.3	Vernetzung	76

13.4	Qualitätssicherung	76
13.5	Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Krankenkassen.....	76
13.6	Betrachtung der Grenzen und Probleme	77
14.	Beantwortung der Fragestellung(en) und der Hypothese	78
15.	Schluss	79
16.	Literaturverzeichnis	

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabellen I-IV: Charakteristika der 4 DELTA-Basismilieus

Tabelle I: Basismilieu: Gehobene klassische Leitmilieus	10
(„Etablierte“, „Postmaterielle“, „Konservative“)	
Tabelle II: Basismilieu: Soziokulturell junge gehobene Milieus	10
(„Performer“, „Expeditiv“)	
Tabelle III: Basismilieu: Milieus im konventionellen Mainstream	11
(„Bürgerliche Mitte“, „Traditionelle“)	
Tabelle IV: Basismilieu: Milieus der modernen Unterschicht	11
(„Hedonisten“, „Benachteiligte“)	

Abbildung 1: Milieuverteilung von ungewollt Kinderlosen in der Bevölkerung von 20-50 Jahren	12
---	----

Abbildung 2: Circulus vitiosus der Fertilitätskrise	23
--	----

Abbildung 3: Nutzung des Angebotes von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch	55
---	----

Abbildung 4: Kreismodell der Gründe für eine EFL-Online-Paarberatung	64
---	----

Glossar

1. Abkürzungen

ANZICA:	Australian & New Zealand Infertility Counsellors Association
ASRM:	American Society for Reproductive Medicine
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
ART:	Assisted Reproductive Treatment: Variation reproduktionsmedizinischer Behandlungen
BÄK:	Bundesärztekammer
BICA:	British Infertility Counselling Association
BMFSFJ:	Bundesgesundheitsministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BKiD:	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland
BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DELTA-Milieus:	Einteilung der Gesamtbevölkerung anhand des „vielfältigen Spektrums von Lebenswelten (Lebensauffassungen und -weisen), der sozialen Lage, der Werte, der Lebensstile und Lebensziele“.
EFL:	Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung
EPL:	Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (Kommunikationstraining für junge Paare)
ESHRE:	European Society for Human Reproduction and Embryology
FtF:	face to face - Beratung
IICO:	International Infertility Counselling Organization
KEK:	Konstruktive Ehe und Kommunikation (für Paare in längerfristigen Beziehungen)
KOMKOM:	Kommunikations-Kompetenztraining in der Paarberatung
SOVC:	Sense of virtual community
TAB:	Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung.
TFR:	Total Fertility-Rate: zusammengefasste Geburtenziffer: Charakterisierung des aktuellen Geburtenniveaus
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

2. Fachbegriffe

Abusus:	Missbrauch, übermäßiger Gebrauch oder Abhängigkeit von schädlichen Substanzmitteln
Andrologie:	Männerkunde
Avatare:	künstliche Person oder eine Grafikfigur, die einem Internetbenutzer in der virtuellen Welt zugeordnet wird
Chlamydien:	gramnegative Bakterien, die Erkrankungen der Schleimhäute bewirken
Coping:	Bewältigungsstrategie
Diabetes:	Zuckerkrankheit

Embryonenkryo-

konservierung: Einfrieren von Embryonen

Endometriose: chronische Verteilung der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle

Idiopathische

Infertilität: psychisch bedingte Unfruchtbarkeit

Kontrazeptiva: Verhütungsmittel

Myome: Wucherungen in der Muskelschicht der Gebärmutter

Ovulation: Eisprung

Pränatal-

diagnostik: Untersuchungen an ungeborenen Kindern und schwangeren Frauen

Reproduktions-

medizin: Natürliche und assistierte Fortpflanzung und ihre Störungen

Rumination: endloses Grübeln

Social

Sharing: Aktivierung des eigenen sozialen Netzwerkes und Suche nach realen Beziehungsmöglichkeiten und Hilfsangeboten vor Ort

Time Line

Methode: „Die Timeline dient dazu, den Klienten bei seiner Entscheidungsfindung zu begleiten und zu unterstützen“ (Thiemann & Ziegenhagen, 2011; zit. nach Risau und Riesenbeck, 2011, S.5)

Verhaltens-

bedingte

Infertilität: fruchtbarkeitsverminderndes Verhalten trotz medizinischer Aufklärung

1. Einleitung

Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein Thema, welches viele Menschen bewegt. In Deutschland gibt es bis zu 1,4 Millionen Paare, die von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind (Mayer-Lewis, 2014, S. 8). Fast jedes 10. Paar zwischen 25 und 59 Jahren ist mit dieser Diagnose und seinen Folgen für die eigenen Lebensentwürfe und die Lebensplanung konfrontiert (BMFSFJ, 2012). Die neueste Studie zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit (BMFSFJ, 2015 b, S. 7 ff.) spricht von einem Viertel der kinderlosen Frauen und Männer zwischen 20 und 50 Jahren, die sich vergeblich ein Kind, zum Teil schon seit Jahren, wünschen. Hierbei steigt die Anzahl der jungen Männer an (BZgA, 2012 e). Stöbel-Richter et al. (2013, S. 401 ff.) berichten von einer geschätzten Zahl von 20-30% aller Paare, die einmal in ihrem Leben unter verminderter Fruchtbarkeit leiden. Obwohl die genauen Zahlen als sehr variabel in der Fachliteratur diskutiert werden, was zum Teil mit der schwierigen Differenzierung von gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in den Erhebungen verbunden ist (Kentenich et al., 2014), wird davon ausgegangen, dass ca. 6-9% aller Paare in Mitteleuropa ungewollt kinderlos sind.

Was bedeutet der Begriff „Ungewollte Kinderlosigkeit“? Per Definitionem ist es ein Zustand, der mit dem Leiden an Unfruchtbarkeit gekoppelt ist. Unfruchtbarkeit heißt nach klinischer Diagnose, dass bei regelmäßig ungeschütztem Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Tage über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten entgegen dem expliziten Willen des Paares keine (bleibende) Schwangerschaft eintritt. Laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) ist die Infertilität, hier bezogen auf einen Zeitraum von 24 Monaten, eine ernsthafte Krankheit. Sie ist unverschuldet und ohne persönliches Versagen anzusehen (Mayer-Lewis, 2014). Die Begriffe Infertilität, Sterilität und Unfruchtbarkeit werden in der Literatur variabel verwendet, es gibt keine einheitlichen, international verbindlichen Definitionen. In dieser Arbeit wird von einer Unterscheidung der Begrifflichkeiten ebenso Abstand genommen.

Die medizinischen Gründe für die Infertilität liegen zu je einem Drittel jeweils bei dem Mann oder der Frau und einem Drittel bei beiden zusammen (Mayer-Lewis, 2014). Sie zeigen sich erst in der „Zusammenschau beider Partner“ und der Partnerschaft (Kentenich et al., 2014, S.10). Es gibt vielfältige organische Gründe für die Unfruchtbarkeit. Entscheidend ist: Je länger die Realisation des Kinderwunsches in ein höheres Lebensalter verschoben wird, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten von Problemen zu beobachten. In erster Linie ist es die immer noch zu wenig bekannte, deutlich nachlassende Fertilitätsrate der Frau durch hormonelle Veränderungen jenseits der 30. Die altersbedingte reduzierte Spermienfunktion des Mannes gilt inzwischen ebenso als wesentlicher Faktor (BKiD, 2014). Die „Idiopathische Infertilität“, die psychisch bedingte Unfruchtbarkeit, von der lange angenommen wurde, dass sie durch die Ambivalenz des Kinderwunsches oder unbewusst existierende Konflikte verursacht werden soll, spielt nach den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen eine untergeordnete Rolle (Kentenich et al., 2014). Hingegen ist die „Verhaltensbedingte Infertilität“, definiert als fruchtbarkeitsverminderndes Verhalten trotz medizinischer Aufklärung, z.B. gestörtes Essverhalten, Hochleistungssport, Substanzmittelabusus und die Missachtung des fruchtbaren Zeitraumes mehr in den Fokus der Forschung gerückt (Stöbel-Richter, 2013). Hierzu gehört ebenso die generelle Befürwortung einer ART- (Assisted Reproductive

Treatment) Behandlung von Paaren, deren realen Beginn sie jedoch immer wieder hinauszögern (Wischmann, 2014 a).

Ein Kind zu bekommen ist laut einer Umfrage des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ein zentrales menschliches Bedürfnis (87% der Befragten) und sollte eine Option für jeden sein (94%) (Rinke, 2014). Das Idealbild der Kernfamilie mit Kind ist im Zeitalter der Pluralität der Lebensformen nach wie vor erstrebenswert. Im Jugendalter ist der Kinderwunsch obligat, die weibliche Normalbiographie mit dem Rollenverständnis Mutter oft noch internalisiert (Onnen-Isemann, 2000 b). Nach wie vor haben 85 % der kinderlosen Männer und Frauen die Vorstellung einer Bereicherung ihres Lebens durch ein Kind. Es ist ein Ausdruck ihrer Identität, ein Symbol der Partnerschaft, der sozialen Anerkennung und der Sinnhaftigkeit des Lebens (BMFSFJ b, 2015, S. 9). Kinder bedeuten für viele Menschen eine Verwirklichung ihrer geschlechtlichen Identität: „Mutter-Sein als Kernbestand von Frau-Sein, Vater-Sein als Kernbestand von Mann-Sein“ (BMFSFJ, 2015 a, S. 10). Bis zum Alter von 30 Jahren, zum Teil darüber, ist die Option der eigenen eingeschränkten oder gar vollständigen Unfruchtbarkeit im Zeitalter einer medial präsenten Verhütungsthematik fern des Bewusstseins.

Eine Entscheidung zur Familiengründung ist im Lebenslauf von äußeren Bedingungen, z.B. beruflich angestrebter Qualifikation, Partnerwahl und Rollenverständnis in der Beziehung abhängig. Sie kann sich paradoxerweise von zunächst mittels Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) gewollter hin zu gezwungenermaßen ungewollter Kinderlosigkeit verändern. Die Familienplanung wird insbesondere bei Frauen und Männern mit gehobenem Bildungsstand verschoben, bis ein der Ausbildung entsprechend beruflich adäquates Ziel erreicht, eine uneingeschränkte berufliche wie private Flexibilität erlebt worden oder eine feste Partnerschaft mit dem „passenden“ Partner gefunden ist. So differierend die Lebensstile und -Entwürfe, die Herkunft, das umgebende, wesentlich mitentscheidende soziale Milieu ungewollt kinderloser Menschen, so variabel ist die Kausalität ihres Kinderwunsches und ihrer Kinderlosigkeit (BMFSFJ, 2015 b).

Unfruchtbarkeit ist in der Gesellschaft als relevantes Thema nicht präsent (Rinke, 2014). Guttormsen (1992) spricht von einer „vernachlässigten und schweigenden Minderheit“. Noch heute ist es ein tabuisiertes und stigmatisiertes Phänomen in der Öffentlichkeit (BMFSFJ, 2012). „Kinderkriegen ist keine Kunst“- nicht selten sehen sich Paare in der Situation ungewollter Kinderlosigkeit mit diesem verletzenden Spruch und mehr konfrontiert (Wischmann, 2013, S. 1). Modernste reproduktionsmedizinische Behandlungen versprechen die optimale Lösung zu sein. Onnen-Isemann (1995, S. 477) prägte den Begriff der „Fortpflanzungsideologie“ statt Fortpflanzungstechnologie. Stets neue Entwicklungen verführen dazu, das Schicksal Unfruchtbarkeit zu verleugnen, um nicht selber schuldhaft zu werden, zu wenig versucht zu haben, zu früh zu kapitulieren. „Ich bin doch ganz nah dran“, eine symbolische Aussage der gefühlten Machbarkeit (Rohde, 2001). Auf diese Weise produziert sich die medizinische Technik quasi selber ihre Patienten. Die Erfolgsrate (Total Fertility-Rate: TFR) bei drei Behandlungszyklen liegt trotz über 10 Jahre intensiver Forschung nach dem Deutschen IVF-Register e.V. (2010) jedoch nur bei ca. 20 % (Stöbel-Richter, 2013, S. 402).

Ca. 48% der Frauen und 15% der Männer bezeichnen die Diagnose Infertilität als die schlimmste Krise in ihrem Leben, „mit den Folgen einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Verlust eines nahen Angehörigen vergleichbar“ (Stöbel-Richter, 2011, S. 416). Lechner et al. (2007) sprechen von einem alarmierend hohen Anteil an Frauen, die nach festgestellter Infertilität großes Leid empfinden: Angstzustände, Depressionen und eine komplizierte Trauerbewältigung sind zu beobachten. Laut Fisher et al. und Johansson et al. (2010; zit. nach Kentenich et al., 2014, S. 38) zeigen infertile Männer eine signifikant niedrigere Lebensqualität und schlechtere Werte der mentalen Gesundheit. Klemetti et al. (2010; zit. nach TAB, 2010) kamen in einer finnischen Studie zu dem gleichen Ergebnis. Dem männlichen Partner mangle es im Gegensatz zu ihrem weiblichen Pendant an der Wahrnehmung der emotionalen Belastung bzw. ihrer Ausdrucksmöglichkeiten (BKID, 2014). Nach Wischmann (2014 a) zählen die Fokussierung auf den Kinderwunsch, Identitätsunsicherheiten sowie eine krisenhafte Paardynamik mit Sexualitätsproblemen und Sprachlosigkeit zu den Risikofaktoren für eine psychisch starke und bisweilen langfristige Belastung. Kowalcek et al. (1999) betonen insbesondere die langfristigen Folgen durch sozialen Rückzug.

Der Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit variiert mit dem Alter, der Lebensphase und dem Lebenslauf eines jeden Menschen. Er ist ein biographisch bedingtes Bewältigungsproblem. Abhängigkeiten existieren von der Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit und seiner Ressourcen, dem Lebensstil, den eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie denen des Umfeldes und der Beziehung zu demselben. Die Auswirkungen sind bei Männern und Frauen von ihren erlernten und den in ihrem sozialen Milieu herrschenden Geschlechtsrollenbildern geprägt (BMFSFJ, 2015 a). Differierende Wertevorstellungen in den Lebensumfeldern, von der Realisation eines erfüllten und sinnhaften auf das Individuum bezogenen Lebens bis hin zur idealisierten Familienstruktur als optimale Lebensform für beide Geschlechter, bestimmen erheblich das Ausmaß des Leidensdruckes und die Coping-Strategien für jeden und innerhalb der Partnerschaft mit. Die Vorstellung von einem Leben ohne Kind mit all ihren Vor- und Nachteilen wird nach den Studien selten offen zwischen den Partnern diskutiert. Für die Verhinderung negativer Konsequenzen für die Partnerschaft ist der Dialog unabdingbar, ein Verstummen und intrapersonale Bewältigung sind destruktiv. Kjaer et al. (2013) wiesen bei einer Befragung dänischer Frauen mit Infertilitätsproblemen nach, dass es bei Paarbeziehungen mit unerfülltem Kinderwunsch zu einer signifikant erhöhten Trennungswahrscheinlichkeit insbesondere in den ersten 5 Jahren nach Feststellung der Unfruchtbarkeit kam, im Vergleich zu solchen, die ein Kind bekamen.

Wie gehen die Partner jeder für sich bzw. die Paare mit dieser Belastung um? Welche Möglichkeiten der Bewältigung stehen ihnen selbst zur Verfügung bzw. welche Beratungsansätze zur Unterstützung existieren bereits? Wo gibt es professionelle, gut zu erreichende, alle Betroffenen spezifisch ansprechende psychosoziale Angebote? Eine noch so informative und fürsorgliche medizinische Betreuung kann bei bestehendem Leidensdruck eine psychosoziale Beratung nicht ersetzen. Frauen nehmen die Angebote der Unterstützung eher wahr als Männer. 60 % der Frauen und 47% der Männer wünschen sich eine kompetente professionelle Begleitung, unabhängig von ihrer momentanen Situation, ob vor, während oder nach ART-Behandlungen (BMFSFJ, 2015 b, S. 6).

1.1 Begründung des Themas

In einer bewussten, positiven Verarbeitung und Auseinandersetzung mit der ungewollten Kinderlosigkeit in jeder Lebensphase liegt die Chance zu einer langfristig befriedigenden Zukunft jenseits von leiblicher Elternschaft (Wischmann, 2006, S. 223). Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft, ein tragendes soziales Umfeld und die Erarbeitung einer neuen Lebensperspektive gelten als wichtigste Stabilisatoren für die psychische wie physische Gesundheit.

Hilfreich sind aktive Coping-Strategien: Kommunikationskompetenz, Öffnung und Austausch mit anderen, konstruktiver Umgang mit Schuld, Akzeptanz der gegenseitigen Unterschiedlichkeit (z.B. in der Trauerbewältigung), Kenntnis stressreduzierender Maßnahmen in Konfliktsituationen, Aufdecken der (unbewussten) Konflikte in der Einzel- sowie Paargeschichte inklusive der Sexualitätsprobleme und Erschließen neuer, als sinnvoll empfundener, Lebensentwürfe (Kentenich et al., 2014). Gegenüber passiven Coping-Strategien weisen sie einen signifikanten Unterschied von 30-65 % in der Verbesserung der auftretenden Symptome auf (Lechner et al., 2007). Unter diesen passiven Strategien sind ein physischer wie emotionaler Rückzug, Schweigen, Selbstkritik, anhaltendes Grübeln und ein Gefühl der Kontroll- und Machtlosigkeit zu verstehen (BKID, 2014). Peterson et al. (2008; zit. nach Kentenich et al., 2014) konnten in einer Studie zeigen, dass die Belastung des einen Partners vom Coping-Stil des anderen abhängig ist. Insbesondere vulnerable Paare, in denen mindestens einer der Partner psychisch vorbelastet oder eine krisenhafte Paardynamik zu beobachten ist, sind überfordert und benötigen Unterstützung (Wischmann, 2014). Beyer et al. (2004) plädieren für ein obligates Beratungsangebot bei reaktivierten Paarkonflikten, massiven Schuldzuweisungen oder sexuellen Störungen. „Es kann eine Narbe verbleiben, die jederzeit wieder aufreißen kann, wenn Freunde Großeltern werden“ (Wischmann, 2014 a, S. 79), das Klimakterium einsetzt (Kentenich et al., 2014) oder Familienfeiern das Loslassen eines gewünschten „Idealbildes“ erneut erfordern (Wallraff et al., 2015). Nach Dickmann-Boßmeyer (2000) bleibt es ein Lebensthema jedes Einzelnen und der Paare bzw. deren Paargeschichte.

Ein erklärtes Ziel in Deutschland ist es, ungewollt kinderlosen Paare jederzeit, d.h. vor, während und nach ART-Behandlungen, ein flächendeckendes, leicht zugängliches und professionelles psychosoziales Angebot anbieten zu können (BZgA e, 2012). Dies gilt insbesondere für die Partner und Paare, die aufgrund ihres Bildungsstandes oder ihres sozialen Milieus und den damit tradierten Werten bezüglich Rollenverteilung, Identitätsbestätigung durch Frau- bzw. Vater-Sein sowie Scham und Scheu, schwer den Zugang zur psychosozialen Beratung suchen oder diese für sich beanspruchen würden.

Trotz aller Bemühungen um die Etablierung bleiben die Beratungszahlen, entgegen einer durchweg positiven Resonanz bei Wahrnehmung der Angebote, gering. Weshalb ist dies so, wenn es ungewollt kinderlose Paare in Deutschland gibt, die ihre Infertilität als so belastend empfinden, dass sie sich oft jahrelang physisch wie psychisch anstrengenden und zeitraubenden ART-Behandlungen unterziehen? Nach Boivin et al. (1999) merken die Paare oft nicht, wie belastet sie eigentlich sind, oder haben Angst vor erneuter emotionaler Labilisierung bei Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes. Ängste vor Verachtung, Abwertung und dem Gefühl, dem eigenen „Versagen“ in die Augen blicken zu müssen,

können Gründe hierfür sein. Und was geschieht mit den Paaren, die erst gar nicht um die Möglichkeit einer solchen Beratung wissen, da sie auf Grund der hohen Kosten sich diese Behandlungen nicht leisten können oder die Bedingungen für die Zuschüsse nicht erfüllen? In den USA sind dies bis zu 50%, die keine ART-Behandlungen in Anspruch nehmen (Kertenich et al., 2014, S.16). Insgesamt ist es ein wachsendes Klientel, da die Infertilitätsrate aufgrund der Verlagerung des Kinderwunsches in ein höheres Lebensalter ansteigt (Mayer-Lewis, 2014).

Welche Angebote sind erforderlich, damit alle Paare mit dem Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit“ bei Bedarf niedrigschwellig psychosoziale Unterstützung erhalten können? Laut Appell der BeraterInnen sowie dem Wunsch der Ratsuchenden soll die Beratung, unabhängig von den Kinderwunsch-Zentren, schwellenabbauend, bedarfsgerecht, themenorientiert und in ihrer Ansprache zielgruppen- bzw. milieuspezifisch orientiert sein (Mayer-Lewis, 2014; BMFSFJ, 2015 b).

Alle diese Aspekte könnte eine Onlineberatung für ungewollt kinderlose Paare erfüllen. Zusätzlich böte sie die Option einer zeit- und ortsunabhängigen Terminvereinbarung und die Wahrung der Anonymität. Sie könnte die Anforderungen an ein ökonomisch orientiertes, leicht zu erreichendes Beratungsangebot für ein heterogenes Klientel befriedigen. In den Studien (BMFSFJ, 2012; Hämmerli et al., 2010; Stöbel-Richter, 2011; BMFSFJ, 2015 a) wird für ein psychosoziales Beratungsangebot für ungewollt kinderlose Paare vermehrt das Internet als Medium gefordert.

1.2 Motivation und Stellenwert/Bedeutung der Arbeit

Im letzten Jahr ist mir in meiner beruflichen Tätigkeit (Psychosoziale Beratung bei Pränataldiagnostik) in der Trauerbegleitung von Frauen bzw. Paaren nach Fehlgeburten vermehrt aufgefallen, dass sie eine vorangegangene Kinderwunschbehandlung erwähnten. Motivierend für das Thema war ebenso die Erkenntnis, dass in der Beratung eines in die Krise geratenen Paares in meiner EFL-Praxisstelle erst nach vier bis fünf Sitzungen die Polarität der Partner zu einer gewünschten/abgelehnten Kinderwunschbehandlung als wesentliche Ursache der Beziehungsprobleme zum Vorschein kam. Eine Umfrage an die langjährigen BeraterInnen vor Ort bestätigte diese Beobachtung: Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein Thema, welches in der EFL-Beratung zumeist als sekundäres Problem Beachtung findet. Die Jahres-Statistik 2012 der Kölner-EFL-Stelle weist zu fast 28% der Ratsuchenden kinderlose Paare auf, jedoch rangieren andere Themen anteilmäßig weit über dem Aspekt ungewollte Kinderlosigkeit (0,3 %). Dieses Phänomen findet sich in der Literatur bestätigt (Beyer et al., 2004). Es stellt sich die Frage, ob das Verschweigen des sensiblen Themas einer ungewollten Kinderlosigkeit ausschließlich als ein Resultat der Tabuisierung seitens der Ratsuchenden zu verstehen ist oder ob dies ebenfalls für die BeraterInnen gilt? Es wäre eine Untersuchung wert, wie hoch der Anteil von EFL-BeraterInnen mit Kindern ist, welche Einstellungen und Themen sie mit (ungewollter) Kinderlosigkeit verbinden und wie oft sie in Einzel- oder Paarberatungen von sich aus auf diesen Aspekt eingehen.

Die Institution der Katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) gilt als der bedeutendste Träger der Versorgung mit Paarberatung in Deutschland (Roesler, 2012,

S. 4). Die Paardynamik in Veränderungsprozessen sowie die Krisen des Einzelnen wie des Paares und deren Bewältigung zählen zu den Kernkompetenzen der EFL-Paar-Beratung. Für die bereits angerissene Problematik ungewollt kinderloser Paare, insbesondere derer, die jenseits der an ART-Zentren gekoppelten Kinderwunschberatung Unterstützung suchen, kann die Institution der EFL somit eine potentielle, kompetente und professionelle Anlaufstelle sein. Ein seit Jahren bestehendes regionales EFL-Gruppenangebot findet eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer und bietet den Betroffenen kompetente professionelle Unterstützung zur Annahme und Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit sowie die Chance, sich alternativen Konzepte zu öffnen (Dannhäuser, 2010).

Seit 2003 bietet die EFL ein erfolgreich evaluiertes Konzept der Online-Paarberatung an, um „Beratung dort anzubieten, wo immer mehr Menschen danach suchen“ (Riesenbeck, 2014, Folie 17). Es erweist sich als besonders geeignet für einen Personenkreis mit hoher Hemmschwelle, Schamgefühlen oder antizipierter Stigmatisierung (Eichenberg & Aden, 2015). Dies sind die Themen, die von ungewollt Kinderlosen als Gründe gegen eine begleitende Beratung angeführt werden.

Somit entwickelte sich die Fragestellung, ob ein EFL-Onlineportal mit der Option einer begleitenden Beratung eine Alternative ergänzend zu den bisherigen Angeboten sein könnte.

1.3 Fragestellungen, Ziel und Hypothese

Die Arbeit widmet sich der Leitfrage, ob in Deutschland eine EFL-Onlineberatung für ungewollt kinderlose Paare erforderlich ist. Hieraus ergeben sich die anschließenden Fragestellungen:

1. Welche Vorteile könnte ein neues Online-Angebot den Ratsuchenden bieten und somit gegenüber den konventionellen Angeboten anderer Beratungsinstitutionen eine ergänzend inhaltliche, vom Ansatz her methodisch differierende und professionelle Hilfe darstellen?
2. Könnte ein EFL-Online-Portal für ungewollt kinderlose Paare als eine prophylaktische Maßnahme gegen ein eventuell auftretendes Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit dienen? Prävention wird in den Studien vielfach gefordert.
3. Sind die spezifischen Themen, an denen ungewollt Kinderlose bei Feststellung ihrer Infertilitätsprobleme leiden, Kernkompetenzen von EFL-Paarberatung und somit die EFL für die heterogene Zielgruppe eine kompetente, ergänzende Unterstützung bei der Bewältigung?
4. Könnte eine Onlineberatung die Lücken für diejenigen schließen, die bisher den Weg zur Beratung nicht gefunden haben?
5. Ist bei einer positiven Beantwortung dieser Fragen ihre Konzeption legitimiert und welche Kernanforderungen müsste sie erfüllen?

Ziel dieser Arbeit ist eine Erörterung der genannten Fragestellungen entlang vorgestellter Aspekte rundum die Thematik „Ungewollte Kinderlosigkeit“: eine differenzierte Betrachtung der Zielgruppen anhand der sozialen Schichten, der Motive für den Kinderwunsch und die Familienplanung sowie der resultierenden Probleme der Paare bei ungewollter Kinderlosigkeit. Für die Diskussion sind weiterhin eine Betrachtung der bisher bekannten, sich als

nützlich erwiesenen Coping Strategien, der erprobten Beratungsansätze und ihre Wirksamkeit, sowie die Darstellung der bisherigen Beratungslandschaft erforderlich. Eine Analyse der Kompetenzen der EFL-Paar bzw. EFL-Online-Paarberatung soll in Folge eine Bestätigung der folgenden Hypothese bzw. deren Widerlegung in Form der Antithese ermöglichen.

Hypothese:

Eine EFL-Onlineberatung ist für ungewollt kinderlose Paare eine professionelle, inhaltliche wie themenspezifische und methodische Erweiterung des bisherigen Beratungsangebotes.

Antithese:

Eine EFL-Paar-Onlineberatung ist für ungewollt Kinderlose als inhaltliche und methodische Ergänzung zu den bisherigen Face to Face (F2F)- bzw. Gruppen-Angeboten nicht erforderlich.

Die Ergebnisse der Arbeit sollen als Grundlage der weiteren Vorgehensweise mit der Thematik der ungewollten Kinderlosigkeit in der EFL-Online-Beratung dienen: der Legitimation, der Umsetzung unter Berücksichtigung ausgewählter Kriterien, der notwendigen beraterischen Kompetenzen und der Möglichkeiten der Vernetzung.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Masterthesis zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit ist von der Methodik her eine deskriptive Arbeit. Anhand der aktuellen Forschungsergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen aus Studien, wissenschaftlichen Publikationen aus Zeitungsartikeln und der vorhandenen Literatur soll die oben aufgestellte Hypothese überprüft werden.

Kapitel 2 widmet sich der Relevanz des Themas „Ungewollte Kinderlosigkeit“ anhand der gesellschaftlichen und soziologischen Bedeutung. In Kapitel 3 werden die Zielgruppe, die Thematik Kinderwunsch und die Kriterien moderner Familienplanung diskutiert. Die Ursachen eines unerfüllten Kinderwunsches werden im Kapitel 4 beleuchtet, die potentielle Problematik der Paare bzw. der Frauen und Männer anhand der wichtigsten Themen im Abschnitt 5 erörtert. Ein gesonderter Punkt widmet sich den vulnerablen Paaren, die auf dem Hintergrund ihrer biografischen Lebensthemen bzw. ihrer bisherigen Lebensschicksale oder der Paargeschichte vorbelastet sind und für die bevorzugt Beratung empfohlen wird. Ein Blick auf den differierenden Umgang in den verschiedenen sozialen Milieus rundet diesen Überblick über das potentielle Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit ab.

Die Vorstellung sich als hilfreich erwiesener Coping-Prozesse und -Strategien sowie der Coping-Stile und der etablierten Beratungsansätze zur Verarbeitung dieser existentiellen Lebenskrise wird den Mittelteil der Arbeit bilden (Kapitel 6 und 7). Kapitel 8 widmet sich der aktuellen Beratungslandschaft, der bisherigen FTF- bzw. Gruppenberatungs-Angebote sowie der vorhandenen Internetforen. Der Diskussion der bisherigen Nutzung und Wirksamkeit dieser konventionellen Offerten folgt eine Besprechung der Anforderungen an ein innovatives Beratungskonzept aus den Erkenntnissen der aktuellen Studien (Kapitel 9 und 10). Eine Erörterung des Auftrages, der besonderen Paarberatungs-Kompetenzen der Katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung und der etablierten EFL-Online-Paar-

beratung (Absatz 11) ermöglicht im Kapitel 12 die Diskussion einer Online-Paar-Beratung für ungewollt kinderlose Paare anhand verschiedener Kriterien. Im Kapitel 13 werden die Voraussetzungen für die Etablierung einer EFL-Online-Paar-Beratung und ihre Grenzen betrachtet. Die Arbeit endet mit der Beantwortung der eingangs gestellten Fragestellungen sowie der der Hypothese (Kapitel 14) und einem Schlusskapitel.

Der Aspekt der möglichen Steigerung der Fertilitätsrate mit Hilfe psychosozialer Beratung vor, während und nach ART soll in dieser Arbeit außer Acht gelassen werden. Matthiesen et al. (2011) belegten in ihrer Metaanalyse, dass kein eindeutiger kausaler Zusammenhang zwischen Infertilität und psychischem Stress existiert, nach psychologischer Intervention keine feststellbare Erhöhung der Schwangerschaftsrate zu verzeichnen ist. Ebenso wird auf eine Darstellung aktueller medizinischer Reproduktionsverfahren sowie auf die Thematik der bisher in Deutschland verbotenen Eizellzellspende, Leihmutterschaft, anonyme Samen-spende bzw. Embryonenkryokonservierung und der damit verbundenen Auslandsreisen verzichtet.

2. Gesellschaftliche, soziologische Aspekte und Epidemiologie

Familie ist als Institution eine strukturgebende Einheit, sie besitzt unvergleichlichen Wert sowohl im persönlichen wie öffentlichen Lebensraum. „Familien erbringen Fürsorge-, Erziehungs- und Betreuungsleistungen – sie zu stärken muss deshalb ein zentrales Anliegen von Demografie-Politik sein“ (Kristina Schröder; zit. nach. Rinke, 2014, S. 295). Die Kinderlosigkeit nimmt derzeit von Generation zu Generation zu mit der Konsequenz, dass je weniger Kinder es gibt, desto geringer ist das Potential derer, die in der Zukunft überhaupt Kinder bekommen werden. 2011 wurden 663000 Kinder geboren, im Jahre 1964 waren es 1,4 Millionen Kinder laut den Daten des Statistischen Bundesamtes. Die bisherigen familienpolitischen Interventionen zur Geburtensteigerung hatten keinen Erfolg, es ist die „niedrigste Geburtenzahl nach dem zweiten Weltkrieg“ (Tempfer, 2014, S. 23). Gesellschaftliche Probleme gilt es gesellschaftlich zu lösen: Ein Leben mit Kindern muss in Deutschland eine gute und anerkannte Perspektive sein, ein kinderfreundliches Klima geschaffen werden (Helfferich, 2003). Infertilität sollte ein Präventionsthema mit „effizienten und möglichst barrierefreien Therapie-möglichkeiten unserer staatlich geförderten Familienplanung sein“ (Tempfer, 2014, S. 23).

2.1 Häufigkeit ungewollt kinderloser Paare in Deutschland

In der Geburtenentwicklung rangiert Deutschland im internationalen Vergleich mit einer Geburtenziffer von ca. 1,2 – 1,4 im Durchschnitt auf den hinteren Plätzen. In Ostdeutschland ist das Ein-Kind-Modell priorisiert, in Westdeutschland eine Ambivalenz zwischen keinem Kind oder zwei Kindern zu beobachten (BZgA, 2012 e). Mit einem Anteil von insgesamt 29 % Kinderlosen an der Gesamtbevölkerung, gewollt oder ungewollt, spricht Wippermann von einem „Massenphänomen“ der Kinderlosigkeit in Deutschland (BMFSFJ, 2015 a, S. 5). 75% der Befragten sind nach ihren Angaben momentan gewollt kinderlos, 25% ist der Anteil der ungewollt Kinderlosen. Das sind geschätzt über 5 Millionen Menschen in Deutschland (Tretzel; zit. nach pro familia-magazin, 2014, S. 9). Stöbel-Richter et al. (2013) konstatieren, dass der Anteil kinderloser Frauen in den alten Bundesländern höher sei als in den Neuen.

Der Wahrheitsgehalt der erhobenen Zahlen ist unter Vorbehalt zu betrachten. Ein stets problematischer Aspekt bei den Erhebungen ist die Verwendung der Definitionen. Auf die unterschiedliche Verwendung der Definitionen Infertilität, Sterilität, Unfruchtbarkeit und Fruchtbarkeitsstörungen wurde bereits hingewiesen. Zum Teil werden sie synonym, zum Teil explizit definiert verwendet. Wird zwischen primärer und sekundärer Infertilität differenziert, d.h. ist eine generelle Unfruchtbarkeit vorhanden oder ein Austragen der Schwangerschaft unmöglich gewesen? Sind die Outcome-Variablen, wie z.B. der Familienstand, ob ledig, verheiratet etc. berücksichtigt worden? Meist wird die aktuelle Ehe erfasst, Kinder aus anderen Beziehungen bleiben unberücksichtigt. Verdrängungsmechanismen zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit lassen zudem eine „Verfälschung“ der Statistik annehmen. Sind sie tatsächlich ungewollt kinderlos oder gibt es Gründe anzunehmen, dass eine verhaltensbedingte Infertilität vorliegt?

So ergeben sich schwer vergleichbare statistische Zahlenwerte, die zudem die korrelierende Problematik niedriger Responderraten beinhalten. Die zu untersuchende Gruppe bleibt schwer zugänglich. Dennoch werden zum Teil generalisierte Schlussfolgerungen gezogen, die insbesondere bei der Betrachtung der langfristigen Folgen problematisch sein können (Kentenich et al., 2014). Diese Verschleierungen spielen in der Paardynamik, insbesondere Sexualproblematik, eine besondere Rolle und sollen anhand der Partnerschaftszufriedenheit in Kapitel 5.6.1 explizit diskutiert werden.

2.2 DELTA- Milieus – Grundlage zum Verständnis des gesellschaftlichen Phänomens „Ungewollte Kinderlosigkeit“

In der neuesten Veröffentlichung des Bundesfamilienministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2015 a) über „Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“ werden die Erkenntnisse der Studie des DELTA-Institutes zu ungewollt (und gewollt) kinderlosen Frauen und Männern in Abhängigkeit der verschiedenen Altersstufen, sozialen Milieus und Lebenslagen vorgestellt. Diese belegen, wie wichtig es ist, die Thematik „Ungewollte Kinderlosigkeit“ für die Zielgruppe auf dem Hintergrund sozialhierarchischer und milieudifferenzierter Aspekte unter Berücksichtigung der Lebensverlaufsdynamik des Klientels zu betrachten. Hierbei ist die Milieucharakteristik genderspezifisch und generationenübergreifend zu betrachten. Die mit der Zugehörigkeit zu den Milieus verbundenen Einstellungen beeinflussen sowohl die Ursachen als auch den Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit und die Bereitschaft, sich in Form einer Beratung Unterstützung zu suchen. Elternschaft hat z.B. für das Milieu der „Performer“ eine andere Dimension der Bedeutung als für das Milieu der „Traditionellen“ (s. Tabellen I-IV, S. 10-11). Auf der Basis dieses Verständnisses der spezifischen Verarbeitung, Kompensation und Substitutionsmöglichkeiten soll die Zielgruppe anhand ihrer Lebenswelten individuell angesprochen werden können und in einer Beratung spezifischer zu verstehen und zu unterstützen sein. Für die ungewollt Kinderlosen, die mit den bisherigen Angeboten schwer zu erreichen sind und mit dem hier zu diskutierenden EFL-Online-Paarberatungsangebot (mit-) angesprochen werden sollen, erscheint es umso wichtiger. Die Einteilung der DELTA-Milieus berücksichtigt entgegen dem geläufigen Schichtungsmodell (Ober-, Mittel- und Unterschicht) das „vielfältige Spektrum von Lebenswelten

(Lebensauffassungen und -weisen), die soziale Lage, die Werte, die Lebensstile und Lebensziele“. Diese milieubezeichnenden Einstellungen wirken sich auf die Partnerschaft, die Familienplanung und die Vorstellungen von einem gelingenden Leben aus.

Die Tabellen I-IV skizzieren in Stichworten die Charakteristika der 4 Basismilieus mit den entsprechenden Submilieus und die Einstellungen zur Familienplanung (BMFSFJ, 2015 b, S.18 ff.). Insgesamt ergeben sich 9 verschiedene Untereinheiten. Die Verwendung der Farbkennzeichnungen korreliert mit der der in Abbildung 1 (S. 12) verwendeten Farben der Submilieus. Die Prozentzahlen in den Tabellen beziehen sich auf den Anteil der verschiedenen sozialen Milieus an der Gesamtzahl ungewollt Kinderloser in der Bevölkerung im Alter von 20-50 Jahren. Es sind die für die Familienplanung als relevant angesehenen Jahre (BMFSFJ, 2015 a, S. 181 ff.).

I. Basismilieu: Gehobene klassische Leitmilieus

- 18 % der Gesamtbevölkerung (Konservative: 2%, Etablierte: 6 %, Postmaterielle: 10 %)
- 39 % Gesamtanteil an ungewollt Kinderlosen

„Etablierte“ (19 %)	„Postmaterielle“ (18 %)	„Konservative“ (2 %)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Führungselite/Kosmopoliten ➤ Priorität: Berufliche Karriere ➤ „Geltung und Genuss“ ➤ Exklusivitätsansprüche ➤ Machbarkeitsdenken 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufgeklärte Nach-68er ➤ Solide Existenz ➤ „Sein und Verändern“ ➤ Emanzipation, Freiheit ➤ Chancengleichheit wichtig ➤ Individualität 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klassisches Bildungsbürgertum ➤ Gute Berufsausbildung ➤ „Festhalten, Tugenden“ ➤ Standesbewusstsein ➤ „Richtiger“ Lebensstil
Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoher Wert der Familie ➤ Aufschub ab Mitte 30 ♀ 	Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wichtig „richtiger“ Zeitpunkt ➤ Aufschub ab Mitte 30 ♀ 	Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Familie als Lebensaufgabe ➤ kein Aufschub

II. Basismilieu: Soziokulturell junge gehobene Milieus

- 32 % der Gesamtbevölkerung (Performer: 20 %, Expeditiv: 12 %)
- 36 % Gesamtanteil an ungewollt Kinderlosen

„Performer“ (20 %)	„Expeditiv“ (16 %)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Leistungselite: Berufsorientiert ➤ Professionalität, Effizienzorientiert ➤ global-ökonomisch, mobil ➤ Hoher Lebensstandard, Besonders-Sein ➤ Entscheidungsautonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unkonventionell, kreative Avantgarde ➤ Individualistisch, Freiheitsliebend ➤ „Jäger und Entdecker neuer Welten“ ➤ Selten längerfristige Partnerschaften
Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erst Beruf, dann Familie ➤ Aufschub (♀ Frauen > 30, ♂ > 40) 	Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Erst Individualismus, dann Familie ➤ Aufschub ab Mitte 30

III. Basismilieu: Milieus im konventionellen Mainstream

- 24 % der Gesamtbevölkerung (Traditionelle: 4 %, Bürgerliche Mitte: 20 %)
- **14 % Gesamtanteil an ungewollt Kinderlosen**

„Bürgerliche Mitte“ (12 %)	„Traditionelle“ (2 %)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berufliche, soziale Etablierung ➤ Genaue Vorstellungen von einem gelingenden Leben ➤ Gesicherte Verhältnisse ➤ Biografische Brüche: existenzbedrohend 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bürgerliche Arbeiterkultur: Nachkriegs- und Aufbaugeneration ➤ Heimat, Sicherheit, Ordnung, Anpassen ➤ Jüngere Generation: Trend zu Mobilität, Flexibilität
Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Familie: Wert der gesellschaftlichen Akzeptanz ➤ eventuell Aufschub 	Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Familie als Keimzelle und Wert für soziale Anerkennung: Normalbiographie ➤ kein Aufschub

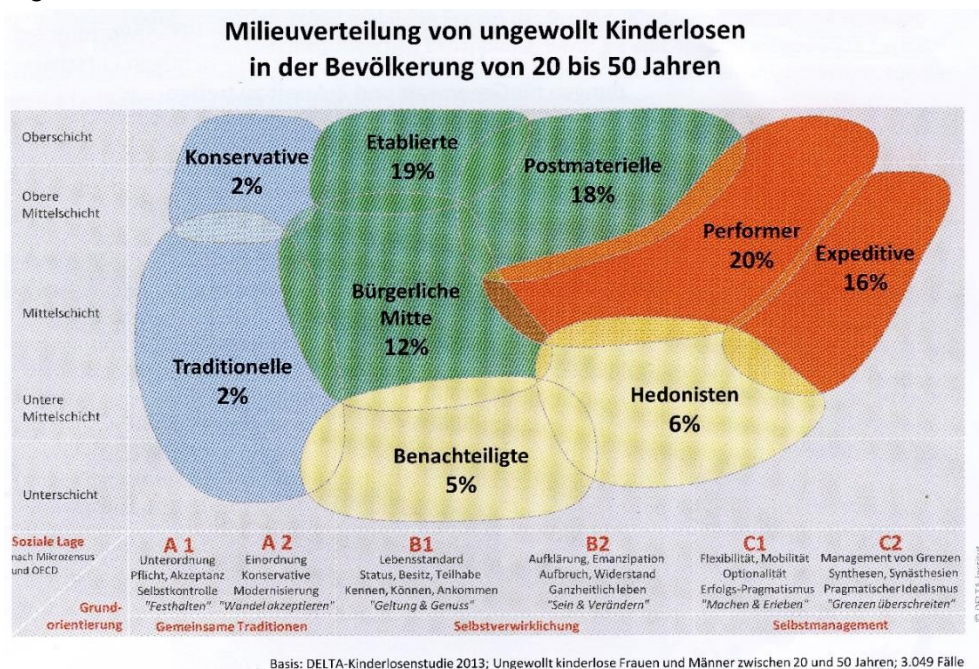
IV. Basismilieu: Milieus der modernen Unterschicht

- 26 % der Gesamtbevölkerung (Benachteiligte: 14 %, Hedonisten: 12 %)
- **11 % Gesamtanteil an ungewollt Kinderlosen**

„Benachteiligte“ (5 %)	„Hedonisten“ (6 %)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Materielle Unterschicht ➤ Geringes soziales, kulturelles (Bildungs-) Kapital ➤ Hierarchische, traditionelle Rollenteilung ➤ Rückzug ins eigene soziale Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spaßorientierte Unter- bzw. Mittelschicht ➤ Leben im Hier und Jetzt in allen Facetten ➤ Keine Akzeptanz von Konventionen und Verhaltenserwartungen der Leistungsgesellschaft
Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Familie als Symbol der Zugehörigkeit 	Familienplanung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufschub via Verhütung

Eine graphische Übersicht über die Verteilung ungewollt Kinderloser in den vorgestellten 9 Submilieus illustriert die Abbildung 1. auf der folgenden Seite. Sie zeigt anschaulich den unterschiedlichen Anteil ungewollt Kinderloser in den DELTA-Milieus.

Abbildung 1:



Das gehobene klassische Milieu stellt mit den zwei Untergruppen, „Etablierte“ (19%) und „Postmaterielle“ (18 %) den höchsten Anteil (39%) der ungewollt Kinderlosen dar. „Performer“ (20%) und „Expeditive“ (16%), das soziokulturell junge gehobene Milieu, folgen in der Summe fast zahlengleich (32%). Damit sind es insgesamt 73 % aller ungewollt kinderlosen Frauen und Männer, die aus diesem Quartett gehobener, bevölkerungsstarker Leitmilieus stammen. Bereits einen deutlich geringeren Anteil bildet die „Bürgerliche Mitte“ (12 %) aus dem konventionellen Mainstream. „Hedonisten“ (6 %) und „Benachteiligte“ (5 %), die moderne Unterschicht, folgen mit deutlichem Abstand. „Konservative“ und „Traditionelle“ verzeichnen mit jeweils 2 % die niedrigste Quote. BeraterInnen sollten über ein grundlegendes Verständnis der unausgesprochen wie verbalisierten geltenden Regeln, der Auswirkungen auf die Familienplanung, den Kinderwunsch und die entsprechenden Konsequenzen bei Ausbleiben einer Schwangerschaft je nach sozialem Milieu verfügen (BMFSFJ, 2015b).

3. Ein kontroverses Verhältnis: Kinderwunsch und „Ungewollte Kinderlosigkeit“

3.1 Der Kinderwunsch - eine Kosten-Nutzen-Kalkulation

Wippermann spricht von insgesamt 75 % aller kinderlosen Frauen und 78 % der kinderlosen Männer zwischen 20 und 50 Jahren, die den Wunsch nach einem Kind haben, jetzt, später oder erst in der Zukunft (BMFSFJ, 2015 a, S.11). 94% der Frauen und 86% der Männer bekennen sich in jungen Jahren, zwischen 16 und 26 Jahren, zu ihrem Kinderwunsch (Schröder, 2007, S. 367). Mit zunehmendem Alter ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Bis 30 Jahre sind es 87% der Frauen und 84 % der Männer (BMFSFJ, 2015 a), zwischen 35 und 44 Jahren sinkt der Kinderwunsch bei den Frauen auf einen Anteil von 30%, bei den Männern auf einen von 45%. Jenseits der 45 scheinen sich ungewollt kinderlose Frauen

damit abgefunden haben, auf Kinder in ihrer Lebensplanung verzichten zu müssen, während die Bedeutung für Männer ab diesem Alter gewinnt (Schröder, 2007, S. 366 ff.).

Die Motive für einen Kinderwunsch sind vielfältiger Natur, primär sind sie ein psychologisch orientierter Nutzen für die Eltern, z.B.:

1. „*Mit einem Kind schaffe ich selbst ein neues Leben (89%)*“ (Generativitätsaspekt, philosophische Motive der Überwindung der eigenen Endlichkeit, Sinnaspekt)
2. „*Ich finde die Vorstellung schön, ein Kind zu haben als Teil von mir und meiner Partnerin, meinem Partner (84%)*“. (Interpersonaler Zugehörigkeits- und Geborgenheitsaspekt)
3. „*Ich möchte die Entwicklung eines Kindes miterleben (84%)*“. (Fürsorge- und Schutzaspekt, emotionaler Aspekt)
4. „*Die Liebe zum eigenen Kind ist für mich durch nichts anderes zu ersetzen*“ (72%) (Intrapsychischer Identitätsaspekt)

Alle diese Aussagen drücken individuelle Lebenskonzepte aus, die tiefe Sehnsüchte, Neigungen, Intentionen und Sinngebungen mit Werten und Moralvorstellungen verkörpern. Sie sind Symbole einer persönlichen Haltung zur Familienplanung, die von der Herkunftsfamilie, der Erziehung, den Erfahrungen, dem Wissen und der Partnerschaft beeinflusst sind. Es sind oft „unbewusste Vermächtnisse“ (Stammer et al., 2004, S. 59).

Dahinter können emotional geprägte Botschaften der Identitätssuche und Bestätigung mittels eines Kindes stecken. Vielleicht ist es der Wunsch, der eigenen infantilen Persönlichkeit zu entwachsen und erwachsen zu werden oder ein problematisches Elternhaus verlassen zu können (Dickmann-Boßmeyer, 2000)? Eventuell besteht die Hoffnung, selbstlos lieben oder etwas nachholen zu können, worauf selber verzichtet werden musste, eine Art Wiedergutmachung nach eigenen traumatischen Erlebnissen, eine Flucht vor der eigenen Einsamkeit (Stammer et al., 2004). Es kann der Wunsch dahinter verborgen sein, einem Kind die Möglichkeit zu geben, sich „besser“ als man selbst entwickeln zu können, ihm Schutz und Begleitung zukommen zu lassen. Oder es ist die Sehnsucht versteckt, ein Leben als Teil einer gemeinsamen Liebe sichtbar werden zu lassen, eine „neue“ Identität als Paar zu realisieren, einen Partner an sich zu binden oder eine Leere in der Partnerschaft füllen, sie mit dem „Kind als Kitt“ retten zu wollen (Stammer et al., 2004, S. 47). Das Kind in der Moderne wird zum „Identitäts- und Beziehungsprojekt“, ein geplantes Wunschkind (Beck-Gernsheim, 1989; zit. nach Stammer et al., 2004, S. 19). Küchenhoff & Könnecke (2000) stellten mit ihrer Studie einen interessanten Aspekt bei Männern heraus: Sie würden die Diagnose Infertilität zum einen als Verlust von Maskulinität erleben, zum zweiten sei ein Kind für sie als Quelle eigener Stabilisierung zu sehen. Es ermögliche ihnen den Ausgleich eigener Mangel Erfahrungen, wie mütterliche Fürsorge, Belebung, Sinn und Lebenserfüllung, ein Stillen der eigenen narzisstischen Bedürftigkeits- und Harmoniewünsche. Rinke (2014) führt die Studie von Fisher et al. (2010) an, nach denen Männer sich ein Kind zur Stabilisierung ihrer Partnerschaft wünschen.

Kinderkriegen ist heute das Ergebnis einer „Kosten-Nutzen-Kalkulation“ mit dem Ziel einer Nutzenmaximierung und Kosten- bzw. Risikominimierung (BZgA e, 2012, S. 12). Was ist darunter zu verstehen? Es erfolgt individuell ein Abgleich der Phantasien über ein Leben

mit Kindern und die Vor- und Nachteile im Verhältnis zu der mit den äußeren Ansprüchen verbundenen sozialen, ökonomischen und ökologischen Situation (Erdle, 2008). Hierbei scheint der psychologische Nutzen des Kinderwunsches vordergründig gesunken zu sein (BZgA, 2012 e). Nur ca. 25% der Bevölkerung in Deutschland spricht von einem kinderfreundlichen Land, in Frankreich sind ca. 80% von ihrem nachwuchsorientierten Heimatland überzeugt (ebd., S.16). Im folgenden Kapitel werden die Argumente, weshalb dies in Deutschland so ist, betrachtet.

3.2 Familienplanung – die Qual der (vermeintlichen) Wahlfreiheit

3.2.1 Ein Phänomen der Moderne

Im Zuge der Kontrazeption, der Empfängnisverhütung, ist eine freie Wahl zwischen Mutterschaft (bzw. Vaterschaft) und gewollter Kinderlosigkeit erst möglich geworden. Die erkämpfte Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung bietet die Option für Wünsche (Stammer et al., 2004, S. 18). Der Kinderwunsch kann einen Spagat, eine hohe Ambivalenz von Werte-, Interessen- und Identitätskonflikten, entstehen lassen und differierende Bedeutung für jeden und zwischen den Partnern erfahren. Familie ist anerkannt als ein Ort und Symbol für ein gelingendes Leben mit der Ganzheitlichkeit als Mensch, als Frau und Mann, als Mutter und Vater in der Partnerschaft. Die Entscheidung dafür oder dagegen ist, bewusst oder unbewusst, bestimmt von den aus vorherigen Generationen bekannten Partnerschaftsmodellen, den familiären Vorstellungen und denen des Umfeldes, den internalisierten Lebensskripten sowie den persönlichen beruflichen Perspektiven. Im Zeitalter des Individualismus und der vielfältigen Optionen der Lebensgestaltung gibt es keine standardisierten Lebensverläufe mehr. Alte und neue Rollenmuster existieren nebeneinander, mischen sich oder sind schwer miteinander zu verbinden. Es fehlen Orientierungen, alles scheint möglich und machbar zu sein. „Ein ungewöhnlicher Gedanke, dass es von der eigenen Lebensphilosophie abhängen könnte oder nicht, ob Kinder gewollt sind oder nicht“ (BZgA, 2012 e, S. 13).

3.2.2 Der richtige Zeitpunkt

Die Realisierung einer Zeit zu dritt ist meist weniger eine allein persönlich getragene Entscheidung, sondern ist bestimmt von der umgebenden, für jeden einzelnen spezifischen Lebenswelt, eine Art „mentales Modell differierender Motivationslagen und unterschiedlicher Verhaltensmuster“. Schröder (2007, S. 369) ist der Ansicht, dass die Lebenspläne sich mit dem sozialen Umfeld durchaus ändern können.

Die Bildungsexpansion, gekoppelt mit dem späteren Berufseinstieg, und die Verwirklichung beruflicher Ziele sind priorisierte Beweggründe, die Familiengründung zeitlich aufzuschieben. Selbstverwirklichung und Selbstmanagement mit der geforderten Flexibilität und Mobilität sind Schlagwörter eines Zeitgeistes, die langfristige Bindungen und damit den Schritt zur Entscheidung für ein Kind erschweren können. Ein wichtiges Ziel der gehobenen sozialen Schichten ist eine intensiv gelebte, gleichwertige Partnerschaft mit adäquater Ausnutzung der hohen beruflichen Qualifikationen, um eine aussichtsreiche materielle wie glückliche gemeinsame Zukunft zu sichern. Insbesondere in den sozialen Milieus der „Performer“, „Postmateriellen“ und „Etablierten“ scheinen es anfangs, oft ohne Absprache, wie selbst-

verständlich getroffene Entscheidungen zu sein: die Kinderwunschplanung wird auf eine Zeit jenseits des beruflichen Abschlusses verlagert. Schwangerschaft erscheint genauso planbar und realisierbar wie Verhütung. Der Gedanke an eine zukünftig eingeschränkte oder endgültige Unfruchtbarkeit ist selten im Bewusstsein. Umso einschneidender die Erkenntnis, dass aus einer gewollten Kinderlosigkeit eine ungewollte werden kann, ein erwünschtes Lebensmodell in die Ferne rückt, was mit erheblichen Problemen für beide Partner und die Partnerschaft verbunden sein kann. Es braucht lange Zeit, sich dessen bewusst zu werden. Die Reproduktionsmedizin trägt ihren paradoxen Anteil dazu bei. Sie schreibt die Vision einer zu planenden, ökonomischen Lebensgestaltung in puncto Familie. Moderne Kontrazeptiva dienen zuerst der Verhütung, die korrigierende medizinische Unterstützung per ART-Behandlung folgt, wenn schließlich eine Konzeptionsunfähigkeit festgestellt wird (Onnen-Isemann, 2000a). Dass die technische Lösung nicht für jeden die angemessene und Wunsch-Erfüllende sein kann, ist eine Einsicht, die zum Teil erst nach den Behandlungen gewonnen wird (Maio, 2013).

3.2.3 Elternschaft – Zäsur und Rollenwechsel

Elternschaft bedeutet einen Biographie-Wechsel von der Individualisierung zweier Lebensläufe zur gemeinsamen Familiengründung. Sie ist zu einer Entscheidung von enormer Tragweite geworden, unterbricht sie doch den von Frauen hart erkämpften, als Fortschritt in der Emanzipation und Identität der Geschlechter anerkannten Rollenwandel zur Chancengleichheit und Partnerschaft auf Augenhöhe. Im Hinblick auf Eltern-Sein greift die Wirkung tradierter Geschlechtsrollenbilder, die internalisierten Mutter- und Familienrollenkonzepte. Immer noch bedeutet die Geburt eines Kindes ein Wiederaufflackern des Ungleichgewichtes zwischen Frauen und Männern, Müttern und Vätern. Frauen müssen Familie so planen, dass sie sich vor den Risiken schützen können. Gleichzeitig nehmen sie den sozialen Druck der Gesellschaft, Mutter-Sein zu müssen, wesentlich deutlicher wahr als dies Männer tun. Im Bewusstsein der Öffentlichkeit und vielfach der Partner gilt, dass in erster Linie das Thema Fertilität, Infertilität ein Frauenthema ist, die Gefahr der normativen Internalisierung, ein Kind haben zu müssen, ist stets gegeben. Frauen fühlen sich wesentlich schneller ausgegrenzt, Tabuisierung und Stigmatisierung sind für sie bekannte Phänomene, wenn sie sich den Normen entziehen. Der psychische Druck liegt lange Zeit schwerpunktmäßig auf ihnen. Erst mit zunehmendem Alter scheint sich das Phänomen auf ungewollt kinderlose Männer zu verlagern. So nehmen Frauen, insbesondere jenseits der 35, vielfach die Schuld einer ausbleibenden Schwangerschaft auf sich und suchen nach passenden Erklärungen und Hilfen, während Männer die Verantwortung gerne an die Frauen abgeben. Entsprechend obliegt es der Frau, die Initiative zur Lösung des Problems zu ergreifen. Ausnahme ist: Die Infertilitätsursache liegt eindeutig beim Mann (BKID, 2014).

3.2.4 Vor- und Nachteile für Frauen und Männer

Nach wie vor sind Frauen von den Nachteilen einer Elternschaft mehr betroffen als ihre Partner. Für sie liegen Realisierung einer Mutterschaft und die berufliche Etablierung in ein und derselben Lebensphase, die Qual der Wahl bleibt: Berufliche Karriere und komplette Fremdbetreuung der Kinder, teilzeitbeschäftigte „Rabenmutter“ oder Hausfrau mit viel

Zeit für die Kinder und den unüberschaubaren beruflichen Konsequenzen. Es existieren hohe Ansprüche an das Kindeswohl, gleichbedeutend an die Mütter. Sie besitzen nach wie vor die zentrale Schlüsselstellung in der Fürsorge um die Entwicklung des Kindes und die Familienplanung (Helfferich, 2003). Keine der Rollen ist als zufriedenstellend angesehen: weder die Teilzeitbeschäftigung im Beruf noch sind positive und wertschätzende Mutterbilder anerkannt und internalisiert. Jedes Modell erzeugt ein ungutes Gefühl von „Falsch“ und Rechtfertigungsdruck.

Meist unterliegen die Frauen nach dem ersten Kind dem normativen Bild einer „guten Mutter“, die zuhause bleibt. Der Anteil der Frauen, die mit einem Kind voll berufstätig sind, liegt bei 26% gegenüber dem Anteil von 51% ohne Kind (BMFSFJ, 2015 a, S. 14). In Deutschland ist eine Doppelerwerbstätigkeit beider Elternteile keine Normalität (BZgA, 2012 e). Dies bedeutet für die Mütter größere Einbußen ihrer beruflichen Möglichkeiten, finanzielle Einbußen bedeuten weitere Risiken der Existenz- und Alterssicherung. Der Verlust individueller Freiheiten sowie ein Mangel an Betreuungsplätzen und Möglichkeiten, Beruf und Familie zufriedenstellend für sich vereinigen zu können, spielen eine weitere Rolle. Ängste vor mangelnder Zeit für die Partnerschaft gehören ebenso dazu.

Für die Männer ist mit einem Kind nach wie vor die Frage der Verantwortlichkeit für die Existenzsicherung der Familie verinnerlicht, sie haben meist berufliches Zurückstecken weniger im Blick. Ein Kind kann von ihnen eher als eine primäre Einschränkung der persönlichen und partnerschaftlichen Freiheit gesehen werden, die es zu überdenken gilt.

3.2.5 Konsequenzen: Bewusstsein und Aushandeln in der Partnerschaft

Das Kind wird mittels der modernen Medizin zum „Zweck für die Eltern“, es ist nicht an sich ein (überraschendes) Geschenk, welches mit Staunen und vorbehaltloser Dankbarkeit erwartet wird, sondern fast wie ein „Instrument“ betrachtet, dass nur dann als sinnvoll erachtet wird, wenn es seine Bestimmung erfüllt (Maio, 2013, S. 17). Diese neue Situation erfordert von den Partnern eine offene Auseinandersetzung, ein rationales (und emotionales) Verhandeln der „optimalen“ passenden, individuellen wie partnerschaftlichen Faktoren für den richtigen Zeitpunkt. Eine kommunikative Offenheit und die Betrachtung der entsprechenden Konsequenzen für beide, miteinander und in ihrem Umfeld ist notwendig geworden (Nellissen, 2007).

Für all dies ist eine reife Persönlichkeit erforderlich, die die „innerseelischen und äußeren Situationen“ abwägen kann (Frick-Bruder, 1989, S. 236.). Wir leben in einer Optimierungs- und Leistungsgesellschaft mit hohen Anforderungen. Für das „richtige Leben“ gilt das Prinzip der Selbstverantwortung mit hoher Eigeninitiative. Die Vorstellung, Regisseur meines Lebens in jeder Hinsicht sein zu wollen und zu können, dominiert. Versagen wird dem Subjekt zugeschrieben, seiner Psyche und seinen mangelnden Kompetenzen (Tretzel, 2008, S. 23 f.). Ob die Partner zur verantwortungsvollen, reflektierten Entscheidung einer gemeinsamen Familienplanung in der Lage sind oder nicht, spielt eine untergeordnete Rolle. Wer nicht über die Ressourcen und Kompetenzen aus seiner individuellen Entwicklung heraus verfügt, transparent seine Bedürfnisse, Bedenken, Wünsche und Erwartungen an eine gemeinsame Zukunft zu zweit, zu dritt oder mehr vertreten kann, wird schwer ohne Hilfe in der Partnerschaft langfristig befriedigende Lösungen aushandeln können. Eine

mögliche Reaktivierung der persönlichen strukturellen oder neurotischen Konflikte ist möglich, wenn es nicht so klappt wie geplant. Die multifaktoriell bedingte verzögerte Entscheidung für ein Kind, mit all ihren persönlichen wie gesellschaftlichen Konsequenzen einer ungewollten Kinderlosigkeit, resultiert aus der mangelnden Fähigkeit mit dem Thema Familienplanung und den fehlenden Rollenbildern konstruktiv umzugehen. So ergibt sich als naheliegende Lösung ein Aufschieben der Familiengründung (Stammer et al., 2004). Das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Erstgeburt lag 2013 bei 29,2 Jahre mit der Tendenz zur Verlagerung jenseits der 30 (Statistisches Bundesamt, 2013; zit. nach Mayer-Lewis, 2014, S. 7).

Für das gemeinsame Lebensziel Kinderwunsch, einer Klärung und Verhandlung des passenden Zeitpunktes zur Familiengründung, benötigt jeder der Partner und das Paar eine individuelle, persönliche frühzeitige Ansprache und Aufklärung, Informationen über limitierende Faktoren, deren Bedeutung für die Realisation ihres Kinderwunsches und eine Stärkung ihrer Entscheidungskompetenzen. Es ist eine Chance, früh bewusste Entscheidungsfindung zu erlernen und zu üben mit all den Konsequenzen der getroffenen Wahl. Im Zeitalter der permanenten Wahlfreiheiten, Individualisierung und prolongierenden technischen, medizinischen Möglichkeiten wird diese Kompetenz immer wichtiger werden.

„Alles Leben ist Problemlösen, nichts im Leben ist ohne Risiko zu haben,
Risiken fordern Menschen heraus“ (BZgA, 2012 e, S. 13).

4. Die Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit

Betroffene Paare suchen zuerst selbst nach triftigen Erklärungen für die ausbleibende Realisation des Kinderwunsches: im Bekanntenkreis, in Zeitschriften und im Internet. Hier erwartet ein breites Feld der Meinungen, Ratschläge und „perfekten“, scheinbar effektiven, Hilfen die Ratsuchenden. Aus wenig Fachkenntnis heraus ist eine Orientierung an den traditionellen Vorstellungen der Gesellschaft festzustellen. Weit oben in der Skala der vermeintlichen Gründe rangiert der zu hohe private oder berufliche Stress. Wegen der Infragestellung der Partnerschaftsqualität wird gerne der Schwerpunkt auf die berufliche Angespanntheit geschoben. Diese psychisch bedingte Unfruchtbarkeit, die „Idiopathische Infertilität“, geistert nachhaltig in den Köpfen umher und führte lange Zeit zur zusätzlichen Pathologisierung der Paare in Arztpraxen. Unbewusste innere Blockaden und Konflikte, Persönlichkeitsmerkmale, Kinderwunschfixierung und dysfunktionale Beziehungsmuster seien die Gründe für ein Ausbleiben der Konzeption, ein wissenschaftlich derzeit nicht haltbarer Mythos psychodynamisch begründeter Unfruchtbarkeit (Stöbel-Richter, 2013). Psychischer wie emotionaler Stress und Infertilität sind zwar miteinander verbunden, jedoch wird die Anspannung eher als Konsequenz der Unfruchtbarkeit denn als deren Begründung angesehen (ebd.). Es ist eine Ausschlussdiagnose, die gestellt wird, wenn keine medizinische oder sonstige Ursache gefunden werden kann. Kantenich et al. (2014, S. 11) plädieren für einen begrenzten Einfluss von Stress und sprechen sich gegen eine „radikale Ablehnung“ der Wirkung auf die Fruchtbarkeit aus. Nach Wischmann (2012; zit. nach Kantenich et al. 2014, S. 13) sind es ca. 10-15% der Paare, die meist ein höheres Lebensalter aufweisen. Als Gründe werden eher immunologische Faktoren genannt.

Die Paare spekulieren lange, wertvolle Zeit geht verloren bis zu dem Entschluss, zum Leiden an dem unerfüllten Kinderwunsch offen zu stehen. Nur ca. 17% der Frauen und 6% der Männer suchen, trotz langem Warten auf eine Schwangerschaft, einen Facharzt auf (BMFSFJ, 2015 a, S. 87). Es spielen große Ängste mit, sich mit der ausgesprochenen Realität einer einschränkenden oder gar absolut negativen medizinischen Diagnose der Fertilität eines Partners konfrontiert zu sehen. Daraus folgen der Wunsch nach Tabuisierung und die Angst vor Stigmatisierung.

Die drei wissenschaftlich belegten Hauptgründe, die das Phänomen der ungewollten Kinderlosigkeit zu einem relevanten Thema der modernen Gesellschaft werden lassen, sind nach den hier angeführten Studien:

- Die altersabhängige Fruchtbarkeit von Mann und Frau
- Die biologisch bedingte Infertilität von Mann und Frau
- Eine fehlende stabile Partnerschaft bzw. ein Partner ohne Kinderwunsch

4.1 Die altersabhängige Fruchtbarkeit

Das Alter der Partner gilt als Hauptursache für die ungewollte Kinderlosigkeit. Ausschlaggebend ist das Alter der Frau, sowohl im natürlichen Zyklus als auch bei ART-Behandlungen. Zunehmend erfährt die altersabhängige Fruchtbarkeit des Mannes Beachtung.

In den Umfragen existiert ein großes Zutrauen zur eigenen Fruchtbarkeit über einen langen Alterszeitraum. In der Gesamtheit der Bevölkerung ist die Vorstellung manifestiert, dass bei Frauen erst mit ca. 30 Jahren eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch einsetzen sollte, um den „richtigen Zeitpunkt“ nicht zu verpassen, und mit 35 Jahren ohne große Bedenken eine Schwangerschaft möglich ist. Nur 31% der ungewollt kinderlosen Frauen zwischen 40 und 50 Jahren bekennen sich zu ihrem Alter als Ursache für die ausbleibende Schwangerschaft, zwischen 30 und 39 Jahren sind es gar nur 6% (BMFSFJ, 2015 a, S. 89). Hierzu trägt nach Erdle (2008, S. 30) die zunehmende Vorstellung der „ewig Junggebliebenen“ wesentlich bei. Die wissenschaftlich belegte, relativ unbekannte Tatsache ist, dass für Frauen ab dem 22. Lebensjahr die Fruchtbarkeit abnimmt, die rapideste Abnahme zwischen dem 30. und 33. Lebensjahr zu verzeichnen ist.

Die Überzeugung ihrer Fertilitätskompetenz findet bei Männern noch stärker ihre Ausprägung. Bis ca. 60 Jahre wird von den meisten fälschlicherweise eine uneingeschränkte Fruchtbarkeit angenommen. Nur 8 % denken daran, dass ihr Alter kausal ausschlaggebend sein könnte. Einschränkend ist ihrer Ansicht nach ausschließlich das Lebensalter der Partnerin. „Mit steigendem Alter der Männer wird die Partnerin zunehmend jünger“ (BMFSFJ, 2015 a, S. 84). Es ist ein potentieller Ausweg aus der Problematik, die die nachlassende Spermienqualität mit zunehmendem Alter, ca. ab 40 Jahren, außer Acht lässt. Die mitschwingende Thematik „alter Vater“, wird fast gänzlich negiert. Diese der eigenen Befreiung und zur Aufwertung der Identität der Männer dienende Haltung des „forever fertile“, in den Medien allseits präsent, kann sich als trügerisch erweisen. Die Spermien weisen in Korrelation zum Alter zunehmend Defekte ihrer genetischen Ausstattung wie ihrer Beweglichkeit auf, mit der Konsequenz einer verminderten Fruchtbarkeit, steigenden Fehlgeburtsrisiken und Geburtsproblemen. Oft dient das Alter fatalerweise wiederum als Begründung, die eine tatsächlich zugrunde liegende biologische Ursache verdecken kann.

4.2 Biologisch bedingte Infertilität – ein Tabuthema

Die Verteilung der organischen Ursachen liegt zu einem Anteil von jeweils 35% beim Mann bzw. der Frau, mit einem Anteil von 30% gleichzeitig bei beiden Partnern (Sütterlin & Hoßmann, 2008; zit. nach Mayer-Lewis, 2014, S. 9). Biologische und physiologische Gründe, die die auf natürlichem Wege erwirkte Realisation des Kinderwunsches verhindern, sind bei der Frau verklebte oder verschlossene Eileiter, Myome in der Gebärmutter, Endometriose, Störungen im Hormonhaushalt (z.B.: gestörte Schilddrüsenfunktion, Diabetes), die infektionsbedingte Sterilität (z.B.: Chlamydien) oder Gendefekte. Der andrologische Faktor hat zumeist angeborene (z.B.: Hodenhochstand, Chromosomenstörungen in der Samenzelle) oder erworbene Ursachen (z.B. Mumpserkrankung). Diese bedeuten eine Einschränkung bzw. den Ausfall der Spermienproduktion, eine Reduktion der Spermienqualität oder Verschluss der Samenleiter. Erektions- bzw. Ejakulationsstörungen können Auswirkungen organischer Grunderkrankungen oder medikamentöser Behandlungen sein (z.B.: Diabetes, Beta-Blocker) (Wischmann, 2009). Schwere Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen, körperliche Behinderungen und folgenschwere Erbkrankheiten können vermindernde Faktoren für beide Geschlechter sein. Immunologische Inkompatibilitäten werden ebenso als Ursache angenommen.

Oft sind die jahrelange Unkenntnis bzw. der lange Weg der Vermeidung einer medizinischen Abklärung der ungewollten Kinderlosigkeit das Problem. Gründe sind die Solidarität, die Achtung sowie der Respekt vor dem Partner und die Vorsicht, ihn im Falle seiner festgestellten Infertilität zu verletzen. Scheu und Scham, selbst der Grund für ein Ausbleiben einer Schwangerschaft zu sein, ist als Selbstschutz eine plausible Erklärung für das Hinauszögern der klinischen Diagnose. Die Klarheit einer biologischen Infertilität würde beide Geschlechter vor Tatsachen stellen, die zwingende Fragen nach sich ziehen könnten: Welche Bedeutung hat dies für unsere Beziehung und wie gehen wir damit um? 55 % der Frauen und 66 % der Männer zwischen 20 und 50 Jahren haben noch nie in Erwägung gezogen, dass allein eine Kinderwunschbehandlung ihnen noch eine Chance zur Erfüllung ihrer Lebensperspektive Eltern-Sein gibt (BMFSFJ, 2015 a).

Ungewollt kinderlose Männer, unabhängig davon, ob sie in einer festen Partnerschaft leben oder nicht, zögern eine Untersuchung beim Andrologen bzw. Urologen hinaus. Ein Mann ist selbstverständlich fruchtbar, ansonsten ist er kein Mann. Sexuelle Potenz wird gesellschaftlich gesehen der Zeugungsfähigkeit gleichgesetzt. Nur 12% der 40-50jährigen Männer suchen den Facharzt auf, davon sind 8% von einer Diagnose eingeschränkter oder vollständiger Unfruchtbarkeit betroffen (BMFSFJ, 2015 a, S. 90), ein im Vergleich gesehen hoher Anteil.

Für Frauen gehören gynäkologische Untersuchungen zur Routine, jedoch mehr, wie jahrelang erlernt, in puncto Verhütungsmittel als aus der konträren Perspektive einer zu überprüfenden ungewollten Kinderlosigkeit heraus. Die Jugendzeit und junge Erwachsenenzeit ist in der Sexualpädagogik, in der Öffentlichkeit vom Ziel der Aufklärung über Verhütungsmaßnahmen und deren wichtige Anwendung zum Schutz vor früher, unerwünschter Schwangerschaft bestimmt. Dies beschwört implizit ein Bild der selbstverständlichen Fruchtbarkeit herauf und tabuisiert die Infertilitätsthemen. Der Kinderwunsch und die damit verwobene Identitätsbildung als Frau und Mann werden selten thematisiert.

Unfruchtbar zu sein nach langer, sorgfältig geplanter Vermeidung einer Schwangerschaft? Dies ist fast unvorstellbar für viele Frauen, lieber werden andere Optionen, z.B. hohe Stressbelastung, psychische Beeinträchtigungen als Erklärungen angeführt, deren Handhabung sie nicht hilflos und ohnmächtig werden lassen und ihr Selbstwertgefühl als Frau und Mutter nicht in Frage stellen (BMFSFJ, 2015 a). „Die Tabuisierung des Unfruchtbarkeitsverdachtes [...] ist ein Massenphänomen mit soziokulturellen, sozialisationsbiographischen und politischen Ursachen“ (BMFSFJ, 2015 a, S. 106). Die Konsequenz ist die Angst, sich der Wahrheit zu stellen, eine Distanz zur Kinderwunschbehandlung und letztlich ein zunehmender Anteil ungewollt Kinderloser.

Eine systematische Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, transparent und offen geführte Diskussionen auf den verschiedensten Ebenen der Gesellschaft, könnte den manifestierten Vorstellungen entgegen wirken und helfen, die geschlechtsspezifischen Identitäten und Rollenbilder neu zu bewerten. Für junge Frauen und Männer wäre es wichtig, frühzeitig eine medizinische Abklärung der eigenen Fruchtbarkeit vornehmen zu lassen, um sich über alternative Möglichkeiten informieren zu können.

4.3 Voraussetzung: Stabile Partnerschaft und Partner mit Kinderwunsch

„Man sollte erst Kinder bekommen, wenn man Sicherheit hat, dass man als Paar zusammenbleibt“ (BZgA, 2012 e, S. 13). Das Phänomen dieser Normvorstellung über Ehe und Familienplanung ist generationenübergreifend und in allen Lebensabschnitten zu beobachten. Es ist ein rigides Denken, dass bei Unverheirateten Kinderlosigkeit als normal empfunden wird, dies bei Verheirateten aber eher selten gilt (BMFSFJ, 2015 a). Für die Realisation des Kinderwunsches wird eine stabile, glückliche Partnerschaft mit einem zuverlässigen Partner vorausgesetzt, es ist eine Risikominimierungsstrategie. Die Ehe bietet traditionell anerkannt den „verbindlichen, rechtlichen Rahmen“ für ein Sicherheitsgefühl mit und für Kinder. Dies wird symbolhaft sichtbar in der ausschließlich für verheiratete Paare gewährten finanziellen Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Dagegen ist derzeit ein Verlust der normativen Verbindlichkeit der Ehe unter anderem im steigenden Heiratsalter zu beobachten. Bei der Fortdauer dieser Heiratsneigung wird gut ein Drittel der Frauen und sogar etwas mehr als ein Drittel der Männer ledig bleiben (Lenz, 2014, S. 68). Die Instabilität von Partnerschaften unterbindet den Kinderwunsch (Wischmann, 2006, S. 221). 41% der Männer im Durchschnittsalter können sich nur in einer gewünschten, festen Partnerkonstellation ein Kind vorstellen, im Alter über 40 Jahren sind es 59%. Für Frauen verliert erst jenseits der 30 der Aspekt der festen Partnerbindung die Priorität, ab dieser Lebensphase können sie sich durchaus eine Mutterschaft als Alleinerziehende vorstellen (BMFSFJ, 2015 a, S. 91).

Somit werden ein fehlender „passender“ Partner oder einer ohne expliziten Kinderwunsch als wichtige Gründe für eine aufgeschobene Familiengründung angeführt. Was bedeutet es für eine Partnerschaft, in der einer der Partner kein Kind möchte, die Sehnsucht des erfüllten Kinderwunsches für den anderen dagegen bestehen bleibt? Wie möchte dieser damit umgehen, welchen Preis möchte er zahlen, inwieweit der Partnerschaft Priorität vor der eigenen Generativität einräumen oder umgekehrt? Es ist eine offen oder verdeckt

schwelende Entscheidungsnot, die in der Beziehung zu repetitiven Konflikten führen kann. Immer wieder stellt sich die Frage der eigenen und gemeinsamen Werteorientierung hinsichtlich eines existentiellen Bedürfnisses.

Nach Haumann (2005, S. 63) ist die Sicherheit einer stabilen Partnerschaft laut einer Umfrage der 18-44jährigen nur bei 52% der Befragten vorhanden. 39% der ungewollt Kinderlosen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren sind ledig, ohne festen Partner bzw. feste Partnerin. Es gibt doppelt so viele unverheiratete Paare mit unerfülltem Kinderwunsch (38%), wie verheiratete Paare (19%). 46 % ist der Anteil der Männer, die ungewollt kinderlos sind, da sie in keiner festen Partnerschaft leben (BMFSFJ, 2015 a, S. 84). Aus einer Partnerlosigkeit kann ein aufgeschobener Kinderwunsch resultieren, der sich nach Erreichen einer befriedigenden Partnerschaft aus Altersgründen nicht mehr umsetzen lässt. In der Beratung taucht diese Zielgruppe mit differierenden Themen auf:

- Singles, die ohne feste Partnerschaft oder Partner ohne Kinderwunsch sich nach einem Kind sehnen und ob ihres fortschreitenden Alters sich um die Realisation ihres Kinderwunsches Sorgen machen.
- Ältere Paare, denen auf Grund der „späten Liebe“ ein Kind verwehrt bleibt, und/oder die mit Ex-Partnern auf ein Kind verzichtet haben.

In einigen sozialen Milieus ist zu beobachten, dass im Zuge individualisierter Lebensbiographien und steigender Trennungsraten Kinderwunsch und stabile Partnerschaft nicht mehr unmittelbar miteinander verbunden sein müssen (BMFSFJ, 2015 a).

4.4 Aufklärung über fruchtbare Tage und fertilitätsverminderndes Verhalten

Nach wie vor scheint eine Sexualaufklärung über die fruchtbaren Tage erforderlich. Fast 50 % der ungewollt kinderlosen Paare haben keinen Geschlechtsverkehr im optimalen Zeitfenster (Strauß et al., 2004, S. 12). Selbst dann beträgt die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, nur 20-30% (Stammer et al., 2004, S. 62). 10-15% der Paare werden als ungeklärt infertil diagnostiziert, ein Drittel davon, die Dunkelziffer wird als deutlich höher eingeschätzt, aufgrund von zeitlich unpassendem oder ausbleibendem Sexualverkehr. Die anderen zwei Drittel bilden meistens Paare mit „verhaltensbedingter Infertilität“. Gibt es Hinweise auf Genuss- oder Arzneimittelabusus, Über- und Untergewicht oder sonstiges fertilitätsverminderndes Verhalten, die sogenannten „Lifestyle-Aspekte“ (Stöbel-Richter, 2013)? Nach Hassan und Klick (2004; zit. nach BZgA, 2012 e, S. 16 f.) reduziert eine Kumulation negativer Lebensstilfaktoren (erhöhter Tabakkonsum, Alkohol, Kaffee, Drogen), die bei sozial deprivierten Paaren häufiger nachgewiesen sind, insbesondere im fortgeschrittenen (Fertilitäts-) Alter die Fruchtbarkeitsrate. Die Risiken werden unterschätzt. Schwerer Alkoholkonsum bei Männern kann nachweislich zu gonadaler Dysfunktion und reduzierter Testosteronproduktion führen. Chlamydieninfektionen durch ungeschützten Geschlechtsverkehr verursachen bei Frauen Eileiterschäden (Tempfer, 2014). Nach Wischmann (2006) ist eine Zunahme von Essstörungen und Infektionen, die mit einer Verschlechterung von Spermogrammen einhergehen, zu beobachten. Er plädiert für die Förderung eines präventiven Ansatzes der frühzeitigen Informationsvermittlung über die Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit. Ebenso ergab die Studie von Fügner et al. (2013), dass junge Menschen zwar über den negativen Einfluss der Lifestyle-Faktoren auf die

Infertilität informiert sind, diesen jedoch weitgehend ignorieren. Die Autoren fordern intensive Aufklärungskampagnen, um eine Steigerung infertiler Paare in der Zukunft zu verhindern.

5. Die Zielgruppe und ihr Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit

Ungewollt Kinderlose, die eine Pluralität der Wege in die Kinderlosigkeit aufweisen, sind eine heterogene Gruppe (Dobritz et al., 2015, S. 27). Es sind z.B.:

- Menschen, die früh sich für einen autonomen Lebensstil entschieden haben, in dem Kinder erst einmal nicht vorgesehen waren.
- Menschen mit langem Bildungsweg und unsicherer beruflicher Zukunft, die ihren Kinderwunsch aufschieben oder Kinder für ihre Partnerschaft und Karriere als störend empfunden haben.
- Frauen (oder ältere Männer) mit negativen Partnerschaftserfahrungen, die während ihrer Fertilitätsphase keinen Partner für die Familienplanung finden konnten.
- Menschen, die sich mit einer Infertilitätsdiagnose konfrontiert sehen.

Es sind verheiratete wie nichteheliche Partnerschaften, homosexuelle Lebensgemeinschaften oder alleinstehende Männer und Frauen. Entsprechend der differierenden Gründe im Rahmen ihrer persönlichen Lebenssituation und -phase, ihres sozialen Milieus, ihres Status im Kinderwunschprozess und der Beeinträchtigung durch den unerfüllten Kinderwunsch sind sie mit einem Spektrum resultierender Probleme in der Beratung zu begleiten. In der Regel sind sie psychopathologisch unauffällig. Der Anteil liegt diesbezüglich mit 15-20% nicht höher als der in der Gesamtbevölkerung (Wischmann, 2006, S. 221).

Was bewegt Frauen und Männer, die ihren Kinderwunsch jahrelang aufgeschoben haben und jetzt altersbedingt Fertilitätsprobleme realisieren? Oder diejenigen, die sich mit dem Fremdwort einer potentiellen Unfruchtbarkeit konfrontiert sehen oder Paare, die sich jahrelang vergeblich ein Kind wünschen? Singles, die den Zeitpunkt der Familienplanung verpasst haben, weil temporäre Partner kein Kind wollten oder die Partnerschaft zu instabil erschien? 22% der Frauen und 32% der Männer mit ungewollter Kinderlosigkeit haben im Alter von über 30 Jahren einen Leidensweg zwischen ständiger Hoffnung und Enttäuschung schon mehr als 10 Jahre hinter sich (BMFSFJ, 2015 a, S. 17). Im Alter zwischen 40 und 50 Jahren haben 61% der Frauen und 58 % der Männer seit über 15 Jahren einen Kinderwunsch. Verheiratete Frauen leiden meist länger unter der ungewollten Kinderlosigkeit als diejenigen in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft oder ohne Partner (ebd. S. 97). Das Leiden an der Kinderlosigkeit ist nach Kowalcek et al. (1999) immer ein partnerschaftlich bedingtes Problem und eine Folge ihrer Auswirkungen auf das soziale Leben. Eine Krise, die „Bedrohung der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtes mit der Umwelt“, ist die Folge. Erweisen sich die individuellen Kompetenzen als nicht mehr effektiv, um die Balance wiederherzustellen, folgt Ungleichgewicht. Ein Zustand, der mit Spannungen, Hilflosigkeit, Passivität, Depressions- und Angstzuständen verbunden sein und bis an die aushaltbaren Grenzen gehen kann (Guttormsen, 1992). Die resultierenden (Stress-) Belastungen können sich auf mehreren Ebenen abspielen: der individuellen, der der Partnerschaft und denjenigen mit dem äußeren Umfeld. Je ein Viertel der männlichen und weiblichen ungewollt Kinderlosen wiesen in dem „Bonner Projekt“ von Rohde (2001, S. 2) überdurchschnittliche

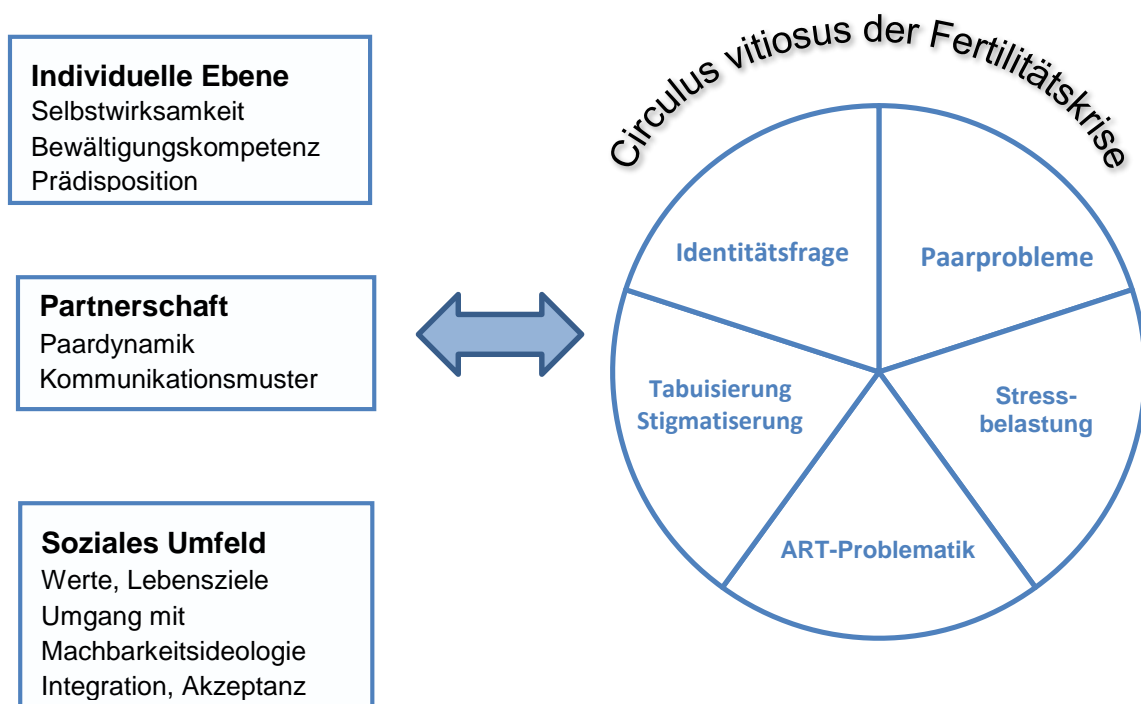
Depressionswerte auf. Die endgültige Diagnose Sterilität potenzierte das bereits destruktive affektive Reaktionsverhalten mit schweren emotionalen Krisen, Beeinträchtigungen im Selbstwertgefühl, der Paardynamik mit Kommunikationsstörungen und Sexualproblemen, sozialem Rückzug und negativen Reaktionen im Umfeld.

Ein Grundthema ungewollt Kinderloser gegenüber den freiwillig Kinderlosen ist der Verlust der Kontrollmöglichkeit, der Wahlfreiheit und damit die in Frage gestellte Selbstwirksamkeit und Entwicklung der personalen Identität (Onnen-Isemann, 1995). Die Unsichtbarkeit des Leidens und die erwartete Stigmatisierung erschweren den Austausch mit der Umgebung, geben unausgesprochenen Vorwürfen und Missverständnissen Raum. Partnerschaftsprobleme wie Schweigen, Rechtfertigungen und Verleugnungen belasten die Paare.

Die fortschreitende Entwicklung reproduktionsmedizinischer Behandlungen suggeriert die Vorstellung von absoluter Machbarkeit, erfolgreicher Behandlungsmöglichkeit jedweder Fertilitätsstörung und damit die Chance, wieder handlungsfähig werden zu können. Dies kann eine trügerische Vision sein mit dem Preis eines „blinden“ Vertrauens in die Medizin und des Verlustes der eigenen Entscheidungsautonomie. Die psychischen Auswirkungen von ART-Behandlungen werden als zu niedrig eingestuft (Rinke, 2014).

Es gibt Menschen, die trotz der existentiellen Lebenskrise eines unerfüllten Kinderwunsches Integrität und Stabilität erreichen können. Bei zur Verfügung stehenden oder zu reaktivierenden und nutzbaren Coping-Strategien sowie hinreichenden Resilienzfaktoren ist die Chance einer langfristigen Bewältigung und persönliches Wachstum für sich und in der Beziehung möglich. Andere benötigen kurz- oder längerfristige Unterstützung, für andere bricht eine Welt zusammen. Das Schaubild zeigt die reziproke Beeinflussung der Faktoren zur Bewältigung bzw. der negativen Konsequenzen, wenn diese fehlen bzw. nicht ausreichen.

Abbildung 2:



5.1 Stressbelastung

Unter Stress ist die „Antwort auf Ereignisse zu verstehen, die mit körperlicher und mentaler Anspannung verbunden ist und mittels kompensierender Aktivitäten nicht zum Ziel führt“ (Onnen-Isemann, 1995, S. 480). Stammer et al. (2004, S. 9) definieren nach Lazarus und Folkman (1984) „Stress als eine Überforderung der Ressourcen einer Person durch ihre Umwelt mit einem verbundenen Gefühl der Gefährdung“. Die Stressbelastung wird von Menschen im Umgang mit Infertilität zumeist unterschätzt, die gleichzeitige Überschätzung eigener Ressourcen und Kompetenzen führt zum Verlust der emotionalen Kontrolle (Rinke, 2014, S. 297 f.). Infertilität ist ein „scheinbar unlösbares Problem“, das die Erfüllung eines existentiellen Grundbedürfnisses verhindert, „persönliche Ressourcen beansprucht und ungelöste Probleme aus der Vergangenheit aktualisieren kann“ (ebd., S. 297). Ein verengter Blick, eine Fixierung auf das absolut Gewünschte, das unersetzbar scheint, kann den Alltag immer mehr bestimmen, manchmal ohne das Gefühl der Option der direkten Einflussnahme. Die Wahrnehmung von Alternativen ist in einer Krise, die sich durch die Bedrohung eines bedeutsamen Lebenszieles ergeben hat, eingeschränkt.

„Je schöner der Plan, je enger das Zeitfenster zum Kinderkriegen, desto größer der Druck, wenn es nicht klappt“ (Spiewak, 2002; zit. nach TAB, 2010, S. 85).

Die Unvorhersagbarkeit der Infertilität ist das Entscheidende. Sie erzeugt Verunsicherung und Orientierungslosigkeit. Ein „mechanischer Alltag ohne innere Beteiligung“ sind nach Dickmann-Boßmeyer (2000, S. 117) die Kennzeichen der ersten Phase der „Desorganisation und Verzweiflung“. Ängste blockieren, können sich ausweiten in Gefühle der Aussichtslosigkeit. Positive Gefühle werden rar, ein Chaos an Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Angst, Wut, Neid, Nervosität, Scham ob des „Versagens“ und Überforderung treten zum Teil dominierend, an ihre Stelle. Ungewollt Kinderlose gelten als verletzbarer, mit sich selbst ungeduldiger, von sich aus kritischer. Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Machtlosigkeit und Kontrollverlust ergänzen das Spektrum mit großen Schwankungen der emotionalen Befindlichkeiten. Dies betrifft in erster Linie die Frauen, die die Störung des Selbstwertgefühles durch interne wie externe Frustrationen in tiefe Trauer bis zur Depression führen kann (Onnen-Isemann, 1995). Eine Vision, etwas Unfassbares und in der Phantasie Vorgestelltes, ein Lebenstraum ist verloren: Schmerz, Abkehr von der Welt mit Einsamkeitsgefühlen und innerer Leere sind möglich (Guttormsen, 1992). „Es ist, als ob einem etwas genommen wird, was man zwar niemals besaß, doch immer sicher war, es irgendwann zu haben“ (Spiewak, 2011, S. 16). Die Studie von Kowalcek et al. (1999) ergab ein negatives Selbstbild von Kinderwunschpatientinnen: Sie sehen sich selbst als unbeliebt, kooperationsunfähig, missachtet und unattraktiv gegenüber anderen. Dahinter steht ein niedriges Selbstbewusstsein und narzisstische Frustration. Externalisiert kann die Wut irrationale Ausprägungen in Form von Angriffen auf das Gesundheitswesen, gegen die Bevölkerung oder die Ungerechtigkeit der Welt nehmen. Unreflektierte Beschuldigungen gegenüber Eltern, deren Umgang mit Kindern und Abwertungen ihrer Erziehungskompetenzen als Abwehrmodi sind nicht selten. Männer würden sich weniger depressiv erleben, klagten aber ebenso wie die Frauen über „negative soziale Resonanz“. Die Frage nach dem „Warum“, auf die niemand Antworten weiß, ist omnipräsent: Schicksal, die Ungerechtigkeit des Lebens?

Die Antworten bleiben offen, was schwer auszuhalten ist, die Konsequenz explorierender Schuld- und Schamgefühle sind weitere Stressfaktoren: Die Suche nach Gründen, weshalb sie „bestraft“ werden könnten, kann wie ein Strudel immer mehr in die Verzweiflung führen. Dem Spektrum der Vorwürfe sind keine Grenzen gesetzt und stehen objektiv gesehen fern jeder Realität: nicht genug gewünscht, die Beziehung aufs Spiel gesetzt, frühere Beziehungen und Lebensweisen, moralisches Fehlverhalten, mangelnde Religiosität, Nutzen von Verhütungsmitteln sind einige Beispiele. Das Problem ist die Sprachlosigkeit, die fehlende An- und Aussprache dieser Anklagen. So erhalten sie eine verborgene, negative Macht (Guttormsen, 1992, S. 250 ff.).

5.2 Die Identitätsfrage

Die Bildung der personalen Identität, einer harmonischen Identität im Einklang mit sich und der Umwelt, ist nach dem Acht-Stufen-Modell von Erikson mit einer Bewältigung oder Nicht-Bewältigung von Krisen in jeder der Phasen, von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter, verbunden. Eine „gelungene Identität beinhalte eine Partnerschaft und die vereinte Kraft einen Sprössling aufzuziehen“ (Schmidhuber, 2013, S. 141 f.). Die Rollen von Frau und Mann sind gekoppelt an die biologischen Funktionen, die bei Nicht-Erfüllung deren Identitäten in Frage stellen (BMFSFJ, 2015 a, S. 104). Dies erklärt für jeden einzelnen der Partner die Gefühle der Kränkung und Insuffizienz (Kentenich et al., 2014). Das Selbstverständnis als Frau und Mann und damit der Selbstwert an sich ist in Frage gestellt (Rinke, 2014). 48 % der kinderlosen Frauen und ebenso 46 % der kinderlosen Männer priorisieren den Kinderwunsch, da für beide Geschlechter ein Kind gleichbedeutend mit der Vollkommenheit des Frau-Seins verbunden ist (BMFSFJ, 2015a, S. 160). Ohne ein Kind wird die Weiblichkeit angezweifelt. „Wenn ich kein Kind bekommen kann, bin ich dann überhaupt eine vollwertige Frau? Kann ich überhaupt eine gute Mutter sein und bekomme ich deshalb kein Kind“ (Guttormsen, 1992)? Dagegen ist diese Korrelation von Mann-Sein und Vaterschaft nur für jeweils 36% der kinderlosen Männer und Frauen vorhanden (BMFSFJ, 2015a, S.160). Männlichkeit ohne gelebte Generativität ist per se akzeptierter. Frauen werden in ihren Lebensphasen wesentlich länger als Männer mit dem Idealbild konfrontiert, zum Frau-Sein gehöre die Mutterschaft dazu. Der soziale Druck ist enorm hoch. Ein zerrüttetes Selbstbild und die enormen Kränkungen durch Infertilitätsprobleme führen nicht selten zu Außenbeziehungen mit der Hoffnung der Bestätigung als vollwertiger Mann oder vollwertige Frau. Oder es wird viel Zeit in berufliche Aktivitäten verwendet, die die vermisste Anerkennung kompensieren soll (Dickmann-Boßmeyer, 2000, S. 176).

5.3 Tabuisierung und Stigmatisierung

Das Verschweigen einer eingeschränkten oder komplett fehlenden Fruchtbarkeit ist für die Fähigkeit zur Bewältigung ein stark limitierender und negativer Aspekt. Als naheliegender Selbstschutz wird das Leiden verdrängt, diskret damit umgegangen oder geheim gehalten. Manchmal ist es einfacher, aus Scham gegenüber sich und dem Umfeld, die Wahrheit und die Gefühle zu verbergen. Eine ungewollte Kinderlosigkeit kann zugunsten der eigenen Integrität und Stabilisierung, der emotionalen wie partnerschaftlichen Belastungen, zur scheinbar gewollten Kinderlosigkeit umgewandelt werden. Sie umgeht Rechtfertigungen

und Begründungen. Besser so als „anormal“ und unfähig, defizitär zu gelten (Nellissen, 2007). Oft sind Hemmungen oder Schuldgefühle, kulturelle oder religiöse Gründe dafür verantwortlich, dieses Thema im Verwandten- oder Freundeskreis zu umgehen.

Rationalisierung und Bagatellisierung können den Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit prägen, die emotionale Emigration ist ein verlockender (Aus-) Weg. Dies gilt umso mehr, wenn Klarheit darüber gewonnen wurde, genau mit dieser Partnerin oder diesem Partner, mit dem ich mir so sehr ein Kind gewünscht habe, darauf verzichten zu müssen oder sich der eigenen Infertilität bewusst zu sein. Beide Phänomene können ein doppeltes Leiden im Verborgenen bedeuten: Erstens eine Geheimhaltung der eigenen Unfruchtbarkeit oder die Vermutung, es liegt am anderen, zweitens die damit verbundenen Ängste und Nöte, die in Frage gestellten Perspektiven zu verschweigen, sogar in der eigenen Partnerschaft. Die offene Äußerung von Gefühlen fällt schwer, ein Verstummen, das auf Beiden lastet. Es ist eine an Grenzen gehende Handhabung, die im privaten wie im beruflichen Bereich neue Probleme hervorruft. Bis zu einem Drittel der Paare berichten von beruflichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Strauß et al, 2004, S. 18). Dies gilt explizit für die Inanspruchnahme einer zeitraubenden ART-Behandlung, die immer die Gefahr eines Misserfolges in sich trägt. Klarheit und Thematisierung könnten soziale Ausgrenzung bedeuten, Unverständnis bis hin zu Missachtung hervorrufen und die Konfrontation mit der eigenen Unvollkommenheit verstärken. Intoleranz und schwebende bis reale Vorurteile erschweren die Enttabuisierung: Mangelnde Wertschätzung eines Familienlebens und Mutter-Daseins, Kinderfeindlichkeit, Selbstsucht, Egoismus, Nicht-Religiosität und Verantwortungslosigkeit sind stereotype Unterstellungen. Diskriminierungen im privaten Umfeld durch Bemerkungen zur „unterbrochenen Ahnenreihe“, „das kann man doch heute lösen“ und weitere, an die Grenzen gehende, taktlose Fragen sind häufig. Die Idee, die Reproduktionsmedizin sei allmächtig, trägt ergänzend zu der Meinung bei, dass Paare, die kinderlos sind, keine Kinder wollen. Potentielle Großeltern, die leiden, verstärken den Druck. Frauen registrieren Stigmatisierungen wesentlich mehr als Männer. Ihre Antennen sind geschult, die unterschwelligen moralischen Vor-Verurteilungen aufzunehmen, ein genderspezifischer Unterschied in der Wahrnehmung negativer Zuschreibungen (Onnen-Isemann, 1995, S. 473 f.). „Ich bin die Looserin“, die Aussage einer Klientin, ein Hinweis auf eine unbewusste Rollenübernahme als „Symptomträgerin“. Sie weist realiter auf die in der Gesellschaft vorhandene differierende Haltung gegenüber kinderlosen Männern und Frauen hin. Manchmal kann die Öffnung nicht alleine gelingen, die Prinzipien und Regeln einer konstruktiven Kommunikationsgestaltung könnten helfen, Klarheiten zu schaffen, Räume der Gefühlsäußerung zu ermöglichen. In der Beratung wäre ein aufmerksamer Blick auf eine potentiell dahinter liegende Problematik einer ungewollten Kinderlosigkeit bei jedem Einzelnen oder jedem Paar ohne Kind oder sinnvoll und die konkrete Ansprache des Themas hilfreich.

5.4 ART-Behandlungen – Entscheidungsnot und Grenzenlosigkeit

Die Diagnose einer Fertilitätsstörung bedeutet für viele Paare nach jahrelang ungewollter Kinderlosigkeit eine Klarheit, die sie an die Grenze ihrer Belastbarkeit bringt. Unter der Voraussetzung, dass ein leibliches Kind zur „normalen Ehe“ gehört, dem „kulturellen Vorbild“

entsprochen werden soll, ist die Option mittels der Reproduktionsmedizin, diesem standardisierten Muster zu entsprechen, eine verlockende Versuchung (Onnen-Isemann, 2004, S. 10). Die modernen Technologien implizieren Nutzungszwänge und damit Entscheidungsdruck, eine Ablehnung benötigt Begründungen (Helfferich, 2003). Die Einschätzung des Erfolges von reproduktionsmedizinischen Behandlungen liegt bei einem Drittel der Befragten bei über 50%, mehr als doppelt so hoch wie dies mit ca. 20 % realiter bei drei Behandlungszyklen der Fall ist (BKID, 2014, S.14).

Eine Entscheidung für eine ART-Behandlung ist mit großen Ängsten, Zweifeln und Unsicherheiten verbunden. Erzählungen und Mythen über das Procedere erschweren den Entschluss. Körperliche wie emotionale, moralische oder ethische Herausforderungen sind ebenso wie die finanziellen Belastungen hoch. Die notwendige Medikation, die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Fehlbildungen, Aborten und Kaiserschnitten stufen die Frauen ultimativ als Risikoschwangere ein (Stöbel-Richter, 2013). Viele trauen sich diesen Einschnitt wegen ihrer eigenen psychischen Verfassung, der Bestätigung ihrer Unfruchtbarkeit und eines eventuell ausbleibenden Erfolges nicht zu (BMFSFJ, 2015 a, S. 131 ff.). Die Altersspanne für eine Entscheidung zu einer ART-Behandlung ist abhängig von der individuellen, an die jeweilige Situation angepassten, biographischen und soziokulturell gewachsenen Einstellung der Partner. Meist wird der Beginn für Frauen durchschnittlich ab 29 Jahren ins Auge gefasst und endet mit 41 Jahren. Männern wird allgemein ein höherer Zeitraum zugebilligt, von ca. 30-45 Jahren. Die gesetzliche Regelung zur finanziellen Unterstützung liegt bei einem Alterslimit für Frauen bei 40 Jahren, bei Männern mit 50 Jahren, und gilt nur für verheiratete Paare über 25 Jahren sowie deren eigene Ei- bzw. Samenzellen. Seit 2004 sind die Zuschüsse der Krankenkassen auf 50% für drei Behandlungen reduziert worden, zum Teil werden Zuschüsse in einzelnen Bundesländern gewährt. Somit wird das Angebot trotz eines großen Kinderwunsches und erheblichem Leiden an der ungewollten Kinderlosigkeit wenig genutzt. Weniger als 10% der Zielgruppe im Alter zwischen 30 und 39 Jahren und unter 20 % im Alter ab 40 Jahren entscheiden sich für reproduktionsmedizinische Behandlungen (BMFSFJ, 2015 a, S. 18).

ART-Behandlungen verführen nach Beginn zur Überschätzung der Erfolgsmöglichkeit und zur Grenzenlosigkeit. Die Aussicht auf das ersehnte Kind kann Paare an die Empfängnis als etwas „Machbares“ glauben lassen, Grenzen zu setzen fällt schwer. Es ist ein Weg aus der Hilflosigkeit, das Lebensschicksal kann wieder mitbestimmt werden. Frauen können durch die ihnen entgegengebrachte Aufmerksamkeit ihr angegriffenes Selbstwertgefühl steigern. Die psychische Belastung durch ART wird von beiden Geschlechtern als zu niedrig bewertet (beide 58%, BMFSFJ, 2015 a, S. 125). Die Organisation des beruflichen wie privaten Alltags mit all den Arzt- und Informationsterminen gilt es exakt zu strukturieren. Lebensstile (Alkohol, Essgewohnheiten), Freizeitaktivitäten, Urlaube, Dienstreisen werden dem einzigen Ziel untergeordnet, Wohnungs- oder Berufswechsel hinten angestellt, um den Anforderungen einer minutiös geplanten ART-Behandlung gerecht werden zu können (Onnen-Isemann, 2000a). Nicht zu vergessen sind die hohen körperlichen Belastungen, die mit den Hormonbehandlungen einhergehen und Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Instabilität erhöhen, die sich in Anklagen gegen sich, gegen den Partner oder die Ärzte äußern können.

Von Seiten der Reproduktionsmediziner lassen stets neue Methoden eine Weiterbehandlung legitimieren, die Erfolgsaussicht steigt mit der Anzahl der Versuche. Rohde (2001) plädiert für eine „Therapiepause“, um den aktuellen Standpunkt der Paare, ihre Belastungen neu mit ihnen reflektieren zu können und Grenzen zu diskutieren. Je mehr Behandlungen erfolglos verlaufen sind, je geringer die Erfolgsaussichten werden und trotzdem ein erneuter Versuch gestartet worden ist, desto schwerer sind im Anschluss die Möglichkeiten der Bewältigung (Stöbel-Richter, 2013). Kränkung, Ohnmacht, und Kontrollverlust über den eigenen Körper und die Familienplanung sind maßgebliche Gefühle während ART-Behandlungen, eine „Achterbahn der Gefühle“ beim Warten auf den „Erfolg“ (Wallraff, 2015, S. 9). Dieses Bild impliziert das Gefühl des „Nicht-Aussteigen-Könnens“, solange noch ein Fünkchen Hoffnung flackert. Das Problem ist die „Fragmentierung der Fortpflanzung“, die Entstehung neuen Lebens ist in einzelne Segmente unterteilt (Maio, 2013, S. 13). Hier können bisher als positiv erachtete Eigenschaften wie Optimismus, Durchhaltevermögen und Zielstrebigkeit ein Leiden verlängern. Der bisher gewohnte „Erfolg bei Leistungssteigerung“ wird den Zweifeln und Tatsachen übergeordnet. „Erzielte Teilerfolge“ von Stadium zu Stadium mit vielversprechenden Bildern wecken neue Hoffnung. Hinzu kommen die hohen Kosten, sie sollen sich rentieren: Ersparnisse werden geplündert und private Rentenversicherungen gekündigt (BZgA, 2012 e).

Das Paar muss entscheiden, wann seine Belastungskompetenz überschritten ist. Die Entscheidungsfreudigkeit für alternative Optionen ist oft unterschiedlich ausgeprägt, es fehlen Vorbilder. Trennende Aspekte in der Partnerschaft können offener und bewusster werden. Wichtig ist, dass beide Partner sich einig über ein Ende der ART-Behandlungen sind (Stammer et al., 2004). Ohne externe Hilfe in Form psychosozialer Beratung kann der Ausstieg schwer werden. 48% der Frauen und 47% der Männer haben nach dreijähriger Behandlungsdauer keine Grenze der medizinischen Behandlungen im Blick (ebd., S. 55). Die Angst, zu früh aufgegeben zu haben, ist hoch.

5.5 Die Trauer

Nach der finalen Diagnose Infertilität, erfolgloser ART-Behandlung oder der endgültigen Entscheidung gegen eine solche stehen Frauen und Männer vor einer Zukunft ohne ein eigenes Kind. Sie müssen sich von einem Lebenstraum verabschieden. Wie viel Enttäuschung, Belastung, Unausgesprochenes wie Ausgesprochenes, muss in einer Partnerschaft, in der der gemeinsame Kinderwunsch unerfüllt geblieben ist, für die Zukunft bewältigt werden? Wie planen, die vielen vorliegenden Lebensjahre als Paar genießen können, ohne durch die intensiv belastete zurückliegende Kinderwunschkarriere immer wieder in Krisen zu stürzen? Eine Zeit jenseits der Normalität mit hohem, kräftezehrenden Energieaufwand, Trauer und Abschied von Hoffnungen und Wünschen und den entscheidenden Konsequenzen für die zukünftige Lebensgestaltung liegt hinter ihnen. Dauerhafte Misserfolge, ein endgültiges Ende der ART-Behandlungen und die Einsicht, dass die körperliche, geistige und emotionale Energie umsonst war, sind schwer zu verarbeiten (pro familia, 2014).

Vielleicht gilt es Fehl- (< 500 g) oder Totgeburten (> 500g Geburtsgewicht) mit Abschieds- und Ablöseprozessen, „stille“ Geburten zu betrauern und zu bewältigen. Von stiller Geburt

wird gesprochen, wenn ein Kind jenseits der 17. SSW im Mutterleib verstorben ist und eine normale Geburt eingeleitet wird. Endlich war der Wunsch Wahrheit geworden, ein Kind empfangen zu haben und eine behutsame Beziehung zu ihm aufgebaut zu haben. Er endet in der so schmerzlichen Gewissheit, die Schwangerschaft nicht austragen zu können. „Von zehn per In-Vitro-Infertilisation erzeugten Embryonen entwickeln sich weniger als einer bis zur Geburt weiter“ (Diedrich et al., 2008; zit. nach Mayer-Lewis, 2014, S. 9).

Trauerphasen mit Verleugnung im Wechsel mit Zeiten aufbrechender, in einem Spektrum von Wut bis Freude sich zeigender Emotionen, psychischen Folgen mit Antriebs- und Schlafstörungen und vieles mehr können Anzeichen für einen langen, sich immer wieder neu zu strukturierenden Bewältigungsprozess sein. Es ist schwer, sich von einer ersehnten „potentiellen Bezugsperson“, einem eigenen Kind und „ungelebtem Leben“ endgültig zu verabschieden. „Schön, dass es Dich gibt“, diesen Satz werden sie niemals zu einem eigenen Kind sagen können und all das, was damit verbunden ist, bleibt verwehrt (Spiewak, 2011, S. 20). Es ist ein unsichtbarer Verlust. Die Trauer ist abhängig von der Intensität und der Dauer des unerfüllten Kinderwunsches sowie von der „gedanklich vorweggenommenen Beziehung“: Welche Hoffnungen, Erwartungen, welches Bild sind mit einem Kind verbunden gewesen und welche eigenen Bedürfnisse sollten mit ihm gestillt werden? Im extremen Fall kann die Vermeidung der primären Emotionen wie Schmerz, Enttäuschung, Wut, Schuld, Selbstvorwürfe, besonders bei bereits depressiv veranlagten Menschen, zur Ausbildung einer depressiven Episode, zur komplizierten Trauerreaktion, führen. Sekundäre Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Verminderung des Antriebes, Hilflosigkeit und sozialer Rückzug verhindern den so wichtigen aktiven natürlichen Trauerprozess, der den Weg aus dem Tunnel ermöglicht (Rinke, 2014, S. 296 f.).

Die Trauer um einen erfüllten Kinderwunsch kann die Menschen bis ins hohe Lebensalter beschäftigen. Neid ist ein ständiger Begleiter: Immer wieder erhalten andere, Verwandte und Freunde, das, was selbst verwehrt blieb. Familienleben mit Familienfeiern und Festtagen lassen unter Umständen den schmerzlichen Verlust aufleben. Ein Land mit niedriger Geburtenrate wird zum „Babyparadies“ (Spiewak, 2011, S. 20). Man möchte sich mit den anderen mitfreuen, erlebt sich selbst jedoch als verhasst wütend, neidisch, verbittert ob des Glückes der anderen. Gefühle der sozialen Außenseiterposition sind möglich (TAB, 2010). Kentenich et al. (2014) führen Empfindungen der Isolation und Einsamkeit an. Nach Goldberg et al. (1986; zit. ebd. 2014, S. 40) werden sie ergänzt durch die Angst vor einer schlechteren Versorgung im Alter oder bei Krankheit. Es ist eine immer wieder kehrende seelische und körperliche Anspannung, ein Pendeln zwischen Wollen, Sollen und Nicht-Können, zwischen Verleugnung und Transparenz, „*einer Spannung zwischen Ist-Identität und Soll-Identität*“ (BMFSFJ, 2015 a, S.170). Stets ist die Furcht präsent, erneut auf Kinder angesprochen zu werden, Rechenschaft über ihre Kinderlosigkeit ablegen zu müssen (Wallraff, 2015). Die Paare haben nicht das erreicht, was nach ihren Vorstellungen (oder der Vorstellung anderer für sie wichtigen Personen) ihrer Identität in einem bestimmten Lebensalter und der Machbarkeitsideologie entsprochen hätte. Die Heidelberger Katamnese Studie ergab, dass 75% der kinderlos gebliebenen Frauen sich erst nach ca. 10 Jahren nach ART-Behandlung kein Kind mehr wünschen (Wischmann et al., 2012).

5.6 Die Paarbeziehung – Duale Dynamik der Belastungen

5.6.1 Die Partnerschaftszufriedenheit

Unfruchtbarkeit ist nicht nur ein kritisches Lebensereignis, ähnlich einer Hochzeit, Scheidung oder Geburt, welches einer Änderung der Lebensführung bedarf (Rinke, 2014), sondern zusätzlich ein nicht-normatives, ein gesellschaftlich nicht anerkanntes Phänomen (Brusdeylins, 2013). Rinke (2014, S. 296) postuliert, dass die Nichterfüllung des Grundbedürfnisses Kinderwunsch ähnlich den auftauchenden Problemen bei einer chronischen Erkrankung in der Partnerschaft zu sehen ist, die Gefahr einer „gegenseitigen Entfremdung“ gegeben sei. In der Phase der Verzweiflung sei die Paardynamik ohne Kraft, gefährdet durch die individuelle Verarbeitung von Schmerz und Trauer, ohne den Blick für den Partner (Dickmann-Boßmeyer, 2000).

Die Paare selbst sehen die Partnerschaft durch einen unerfüllten Kinderwunsch als belastet und gefährdet an. 30% bezeichnen ihre Partnerschaft während der ART-Behandlungen als beeinträchtigt, nach erfolglosen Behandlungen sind 27% davon überzeugt, dass die Partnerschaft gelitten hat. Hier besitzen Männer mit 35% einen höheren Anteil als die Frauen (21%) (BMFSFJ, 2015 a, S. 129). Nach der aktuellen AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften) betrifft die emotionale Belastung beide Geschlechter in gleichem Maße. Frauen könnten dies nur eher kommunizieren (BKID, 2014, S. 9). 92 % der Männer nehmen wahr, dass ihre Partnerin in einem emotionalen Auf und Ab sehr belastet ist, 86% der Frauen sehen dies ebenso bei ihrem Partner (BMFSJ, 2015 a). Männer würden eher indirekt leiden, ihren Schmerz projizieren, unter Umständen zeitlich verschoben die negativen Auswirkungen verarbeiten. Dies bedeute, dass ein Teil Probleme in der Paardynamik eher einer mangelnden Synchronität zuzuschreiben seien (Küchenhoff & Könnecke, 2000). Onnen-Isemann (2000a) geht ebenfalls von einer unterschiedlichen Wahrnehmung der Stressereignisse und damit auftauchenden Problemen für die Beziehung aus. Dickmann-Boßmeyer (2000, S. 117 ff.) führt den möglichen Wechsel in Eltern-Kind-Rollen in der Partnerschaft, zur oralen Kollusion, mit dem daraus resultierenden Ungleichgewicht an. Der Partner als Ersatz für ein Kind, Fürsorge und Abhängigkeit bzw. Hilflosigkeit bestimmen die Beziehung. Die Dynamik verschärfe sich bei mangelnder Loslösung von der Herkunftsfamilie bzw. einem fehlenden Individuationsprozess.

Ein großes Thema ist die Frage der Schuld. Zuerst wird der Partner Schuld empfinden, der die physische Ursache für die Infertilität ist. Wird der „fruchtbare“ Partner massiv von Gefühlen der Traurigkeit und Hilflosigkeit erfüllt und kann er diese nicht offen kommunizieren und sich entlasten, ergibt sich ein Teufelskreis in der Partnerschaft. Die Partnerzufriedenheit ist massiv beeinträchtigt, Resignation und Erschöpfung stellen sich ein, Außenbeziehungen werden möglich und Trennungsgedanken verständlich (Guttormsen, 1992). Kjaer et al. (2013) stellten in einer Meta- (n=47000) und Langzeitstudie eine 3-fach höhere Trennungsrate bei kinderlos gebliebenen Paaren 12 Jahre nach der Kinderwunschbehandlung fest im Gegensatz zu denen, die ein Kind bekamen.

Interessant ist das Ergebnis von Guttormsen (1992), der den Aspekt der größeren Belastung bei Trennungen ungewollt Kinderloser gegenüber denen mit Kindern diskutiert. Eltern könnten das Scheitern ihrer Beziehung mit den Problemen eines Familienlebens begründen,

somit ein Teil der eigenen Verantwortung abgeben. Beim Scheitern einer Partnerschaft ohne Kinder stelle sich ohne Wenn und Aber die unausweichliche Frage an die Partner: Bin ich verlassen worden ob meiner Infertilität oder wegen anderer Gründe? Wenn ja, wie finde ich einen neuen Partner trotz meines Defizits? Der „gesunde“ Part wird nach der Trennung unter Umständen stets von Schuldgefühlen begleitet sein.

An dieser Stelle soll die oft in den Studien erwähnte Feststellung hinterfragt werden, dass Paare nach ART-Behandlungen von einer höheren Partnerschafts- und Sexualitätszufriedenheit sprechen. Beyer et al. (2004) lenken ein, dass die Gruppe derer, die keine ART-Behandlung in Anspruch genommen hätten, bis dato nicht untersucht worden seien. Ebenso gäbe es für ungewollt kinderlose Paare im mittleren Alter, zwischen 40 und 65 Jahren, kaum Erhebungen. Stammer et al. (2004). betonen die Wichtigkeit des Zeitpunktes der Befragung. Tendenzen zur Idealisierung können als eine Reaktion, aber auch als eine Bewältigungsstrategie zur Steigerung der Stresstoleranz bei ART-Behandlungen verstanden werden (Onnen-Iseman, 1995, S. 479). Wird die Situation unter Umständen als bedrohlich erlebt, kann diese Form der Abwehrstrategie als Mittel der Wahl zur Vermeidung weiterer Probleme verstanden werden (Könnecke et al., 2001, S. 168). Es stellen sich offene Fragen: Bleiben die Paare zusammen, weil wirklich die Partnerschaftsqualität so gut ist oder weil ein Scheitern nach einer so belastenden Lebensphase nicht auszuhalten wäre? Dient die idealisierende Aussage damit dem Selbstschutz und dem der Paarbeziehung? Bei der Bewertung der Antworten auf die Frage nach den psychischen Belastungen der Paare infolge von ART-Behandlungen, insbesondere zu dem Tabuthema Sexualität, ist das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zu berücksichtigen (TAB, 2010; Kentenich et al., 2014). Was bedeutet dieser Begriff? Die Versuchsperson glaubt zu wissen, wie man sich entsprechend der Norm verhalten soll. In Folge versucht sie besonders günstige Eigenschaften in den Vordergrund zu stellen („Wir sind ein so perfektes Paar, uns kann nichts schwächen“) bzw. gleichzeitig unerwünschtes Verhalten oder Merkmale zu verbergen („Wir haben Angst, dies als Paar nicht verkraften zu können“). Angst- und Stressgefühle würden gerne unterdrückt, dies gelte insbesondere für harmoniebedürftige Paare (Stammer et. al., 2004). Onnen-Iseman (1995) bezeichnet die Idealisierung der Partnerschaftszufriedenheit als kontraproduktiv, da sie bei ART-Behandlungen zur Verleugnung der Belastung führen könne, diese in Konsequenz keine Grenzen erfahre und damit den Kinderwunsch verstärken würde.

Ein weitere Frage lautet: Sind instabile Paare überhaupt bereit, in dieser Krisensituation Auskunft zu erteilen oder setzt sich die Respondergruppe im Kontext von ART-Behandlungen nicht per se aus stabilen Paaren zusammen (Wischmann, 2004; zit. nach Kentenich et al., 2014). Stammer et al. (2004) bestätigen diese Hypothese: Nur „stabile Paare“ würden sich reproduktionsmedizinischen Techniken unterziehen. Es ist anzunehmen, dass die Situation bei denjenigen, die die Katamnese verweigern, ungünstiger ist (Wischmann, 2009; Kentenich et al., 2014). Hölzle et al. (2000, S. 171) fanden in ihrer Studie heraus, dass den Paaren jenseits von ART-Behandlungen erst ein Eingeständnis ihrer hohen Belastung gelänge, wenn die „harmonisierende Verleugnung partnerschaftlicher wie persönlicher Probleme“ aufgegeben wurde. Der TAB-Bericht (2010, S. 86) spricht von uneinheitlichen und widersprüchlichen Forschungsergebnissen: „ein Selektionsbias sei bei allen Studien

unbedingt zu berücksichtigen“. Auffallend in fast allen Studien sind die kleine Stichprobenanzahl und damit die stete Infragestellung der Ergebnisse. Immer wieder werden Meta-Analysen für generalisierbare Aussagen gefordert, so wie die oben erwähnte von Kjaer (2013). Stöbel-Richter et al. (2013, S. 409) sprechen sich für ergänzende, methodisch hochwertige Forschung aus, da nach ihrer Ansicht die bisherigen Studien deutliche Qualitätsmängel aufweisen. Dies stimmt mit Herrmann et al. (2011, S. 1116) überein, die ebenfalls auf die niedrige Responderrate bei den Befragungen und die ausschließliche Datenerhebung von Paaren im Zusammenhang mit ART-Behandlungen hinweisen.

5.6.2 Dysfunktionale Kommunikation

Rinke (2014, S. 296 ff.) führt die Schwierigkeiten in der Paardynamik insbesondere auf Kommunikationsprobleme zurück: „Sachbotschaften werden auf Beziehungsebene aufgefasst“. Das destruktive Schweigen mit unausgesprochenen Vorwürfen und Schuldzuweisungen sei das Hauptproblem. Zudem bestehe die Tendenz, die sekundären Emotionen zu zeigen anstatt die wahren, primären Emotionen offen zu legen. Er führt das Beispiel des Ärgers über den Partner an (sekundär), anstatt die Angst vor dem Alleinsein und Verlassen-Werden (primär) bei ungewollter Kinderlosigkeit zu kommunizieren. Das Erkennen der zugrunde liegenden Bedürfnisse würde damit unterdrückt (hier Sicherheit und Beruhigung). Der Partner könne auf diese Weise nicht erkennen, wie es dem anderen wirklich ergehe: die „Signal- und Mitteilungsfunktion“ über die primären Emotionen werde unmöglich und damit würden Verständnis, gemeinsame Orientierung und Entscheidungskompetenz erschwert. Wischmann (BKID, 2014, S. 8) führt die Delegation von „Grundstimmungen“ auf die jeweiligen Partner mit den entsprechend verschiedenen Fremd- und Selbstbildern als Ursache für eine destruktive Paardynamik an. Männer würden ihre Frauen als wesentlich depressiver einschätzen als sie selber es tun, während Frauen dagegen ihren Partner eher als unbelasteter wahrnehmen. Diese Polarisierung bewirke, dass Frauen das zunehmende Desinteresse der Männer beklagen würden, diese wiederum deren Fixierung auf das eine Thema anprangern. Kowalcek et al. (1999) sprechen von gegenseitiger falscher Fremdeinschätzung. Der andere würde stets im besseren Licht gesehen und idealisiert, um die Zuneigung zu bekunden und Kränkung zu vermeiden oder als Abwehrreaktion vor Konflikten benutzt. Mit langjährigem Kinderwunsch steigere sich die Diskrepanz von Fremd- und Selbstbildern, weshalb dieser Umstand die Konfliktzunahme zwischen den Paaren potenziere. Die mit der Infertilität verbundenen unauflösbaren Konflikte können bestehende dysfunktionale Polarisierungen, z.B. konflikthaft oder harmonisierend verstrickte Kommunikationsmuster, verstärken. Eine anschauliche Diskussion dieser Kommunikationsformen und ihre Auswirkungen auf die Bewältigung von Infertilität sowie Therapieansätze finden sich bei Stammer et al. (2004, S. 42 ff.).

5.6.3 Die Sexualitätsproblematik

Das Leiden an der Qualität der Sexualität im Zuge unerfüllter Kinderlosigkeit ist ein bekanntes und vieldiskutiertes Thema. Nach Wischmann (2010; zit. nach Kentenich et al., 2014) erleben ca. 60 % der Paare ihre Sexualität im Zuge von ART-Behandlungen als beeinträchtigt. Beispiele sind: Verminderte Appetenz und Libido, Vaginismus sowie

eingeschränkte Befriedigung bei der Frau, Ejakulationsprobleme, reduzierter Selbstwert und Angstgefühle beim Mann (BKID, 2014, S. 64). Verhütung ermöglichte seit den 60er Jahren mit der Pille die zeitlich planbare Trennung von Sexualität und Fortpflanzung, nun sind sie wieder unmittelbar miteinander verbunden. Gewünschte Lust und Liebe auf der einen Seite, Strukturiertheit, Terminierung und Optimierung auf der anderen Seite. Ein spontaner Geschlechtsverkehr wird bei der Diagnose Infertilität seltener (Wischmann, 2014 b). Es ist ein regelmäßiger Pflichtgeschlechtsverkehr, ein Muss der Sexualität, der von den Paaren jenseits und insbesondere bei ART-Behandlungen gefordert wird. Bleibt dieser aus, folgen Schuld- und Schamgefühle, die hemmend wirken und maßgeblich die Intimität und den Alltag negativ beeinflussen. Männer fühlen sich zu terminierten „Samenspendern“ oder „Zuchtbullen“ abgestempelt (Guttormsen 1992; Wischmann, 2009). Bei eigener Infertilität fühlen sie sich verantwortlich, alles wieder gut zu machen. Ohnmächtig sind sie dem Leiden ihrer Partnerin ausgesetzt, die, physisch wie visuell spürbar, jeden Monat bis zur Menopause ihr „Versagen“ erlebt. Tretzel (2008, S. 24 f.) spricht vom weiblichen Körper als Objekt der Beobachtung, eine „Fruchtbarkeitsschmiede“ wie eine Maschine. Ein plausibler Grund für die psychisch wie physisch stärkere Beeinträchtigung von Frauen, die gefühlte Leere, Müdigkeit und Mattigkeit. Eine Ablehnung kann die Folge sein, eine Reduktion auf das, „was gerade nicht da ist oder nicht funktioniert“, der Körper lässt sie im Stich (Wallraff, 2015, S. 77). Eine Reaktivierung bisher vermiedener Probleme aufgrund sexueller Dysfunktionen der Partner ist möglich, der Wunsch nach einer rein sexuellen Bestätigung durch Außenbeziehungen ist häufig oder wird Realität (Guttormsen, 1992). Es ist der Wunsch, als Selbst in der Liebe gemeint zu sein und dass nicht die Empfängnis im Vordergrund steht (Kubitz-Eber, 2008).

In einer retrospektiven Studie gaben 1/5 der Paare an, dass Sex ohne Generativität für sie keine Bedeutung mehr habe (Wischmann, 2009, S. 115). 10 Jahre nach Ende der ART-Behandlung berichten 10 % der befragten Frauen von einem negativen Effekt auf ihre Zufriedenheit in der Sexualität, 50 % sprechen von einer Beeinträchtigung im Laufe der Jahre (BKID, 2014, S. 100). Rinke (2014, S. 307) spricht von einem „Teufelskreis der Angst“ und Reduzierung der Spontanität durch den zunehmenden Erwartungsdruck. Ein offener Umgang kann sich unterschiedlich gestalten, zusätzlicher Stressfaktor in einer Situation, die erst einmal die nötige Stabilität und neue Intimität, die Neuorientierung innerhalb der Partnerschaft nötig macht. Die Hemmschwelle, sich gegenüber Fremden zu öffnen, ist groß, Klagen erfolgen selten, es sind „angepasste PatientInnen“ (Quitmann, 2008, S. 91). Im Zuge einer medizinischen Unterstützung sind es keine privaten, intimen Themen mehr, der „beste“ Zeitpunkt wird von anderen bestimmt. Eine mit großen Scham- und Peinlichkeitsgefühlen, oft mit Verschleierungen der Realität und der bisher praktizierten Sexualität, erfüllte Angelegenheit für alle Beteiligten. Dies gilt insbesondere bei verhaltensbedingten Fertilitätsstörungen, ein nachträgliches Beschönigen der Koitus-Häufigkeit bei Frauen ist möglich.

5.6.4 Vulnerable Paare

Strauß et al. (2004, S. 13) sprechen von ca. 15-20% vulnerablen, besonders belasteten kinderlosen Paaren, für die ein erhöhter Beratungsbedarf besteht.

An erster Stelle gehören dazu Paare mit traumatischen Erfahrungen, die bei Verdrängung das Potential einer erhöhten Depressionswahrscheinlichkeit bzw. deren Chronifizierung, den sozialen Rückzug oder Flucht in berufliche Aktivitäten in sich bergen und einer intensiven Trauerarbeit bedürfen (Kentenich et al., 2014, S. 44). Hierunter fallen diejenigen mit der sekundären Sterilität, die im Gegensatz zur primären Sterilität bereits eine Empfängnis ermöglichte, jedoch in einer Fehl- oder Totgeburt endete. Ebenso gilt dies für Schwangerschaftsabbrüche bei fetalen Fehlbildungen oder eine anstehende Mehrlingsreduktion, da die werdenden Eltern sowohl mit der Trauer um verlorene Kinder als auch mit der Freude auf die überlebenden Kinder konfrontiert sind.

Psychisch beeinträchtigte Menschen, z.B.: neurotische, depressive, zwanghafte oder diejenigen mit Ängsten vor Misserfolgen und Ausgrenzung, sind besonders gefährdet für die Entwicklung maladaptiver Symptome bei ungewollter Kinderlosigkeit (BZgA, 2012 e). Eine massive Selbstwertproblematik reiht sich in dieses Spektrum ein. Ob dies Nebenwirkungen einer Hormonbehandlung sein können, muss medizinisch abgeklärt worden sein.

Psychiatrische ebenso wie medizinische Vorerkrankungen sind assoziiert mit einer Fülle belastender Probleme für die Partnerschaft. Resultiert daraus die Diagnose Infertilität, ist eine Bewältigung umso schwieriger für die Partner. Diese Belastung kann sich in Patchworkfamilien steigern, sollte einer der Partner, insbesondere wenn dies der Mann ist, ein Kind aus einer vorherigen Beziehung mitbringen. Derjenige ist von einer anderen „beschenkt“ worden, etwas, was gemeinsam nicht gelingt. Konkurrenzgedanken und korrelierte Versagensgefühle und Selbstwertzweifel unterliegen einer besonderen Anfälligkeit.

Einen erhöhten Beratungsbedarf verdient die Diagnose „Idiopathische Infertilität“, da die Paare unter der ständigen Frage nach der nicht feststellbaren Ursache leiden, die Raum für Phantasien, eine Fülle von irrealen Ursachenzuschreibungen und Delegationen an den Partner zulassen. Diese dienen der Selbsterklärung und Selbstberuhigung. Nach Stammer et al. (2004, S. 13) zeichnen sich die Paare durch eine erhöhte Anzahl erlebter kritischer Lebensereignisse aus.

Eine lange Kinderwunschdauer mit Tendenzen zur Fixierung ist ebenso ein Kennzeichen einer benötigten Unterstützung. Die Exploration der dahinter liegenden Gründe ist ein wichtiger Bestandteil zur Eröffnung von Handlungsalternativen und neuen Freiräumen.

Des Weiteren können Paare mit einer bestehenden destruktiven Paardynamik durch die aktuellen Belastungen tiefer in den negativen Strudel ihrer Beziehungsmuster verfallen. Unbewältigte Außenbeziehungen, bereits vorher bestehende Trennungsgedanken, ein großer Altersunterschied, unvollständige Ablösungen von den Herkunftsfamilien sind nur einige Punkte, die per se die Paarbeziehung belasten. Sie können in Anbetracht einer unerwünschten Kinderlosigkeit diese an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen.

Herrmann et al. (2011) fordern explizit für unfruchtbare Paare mit niedriger Resilienz neue, zu entwickelnde Bewältigungsstrategien und psychosoziale Begleitung.

Für Paare mit Migrationshintergrund stellt die Problematik der Themen bei unerfülltem Kinderwunsch, je nach kulturellem und sozialem Hintergrund, eine besondere Herausforderung dar. Tradierte Rollenverständnisse, Priorisierung von Familie und damit des gesellschaftlichen Druckes von außen, Tabuisierung der Sexualitäts- und Fruchtbarkeits-

Problematik, durchaus abhängig vom Geschlecht des Beraters bzw. Arztes, erfordern einen einfühlsamen wie kompetenten Umgang mit den betroffenen Paaren (BKID, 2014, S. 53).

Sicherlich fallen in diese Kategorie Paare, die sich für eine Gametenspende (Samen- oder Embryonenspende in Deutschland bzw. Eizellspende im Ausland), eine Adoption oder den Weg einer Pflegefamilie entscheiden. Dies bedeutet, dass genetische und soziale Elternschaft, für einen oder gar für beide Partner, getrennt sind. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass zu Verfahren, die in Deutschland rechtlich restriktiv verboten sind (Eizellspende, Leihmutterschaft, anonyme Samenspende, Embryonenkryokonservierung) keine proaktive Beratung erfolgen darf. Die Verfahren widersprechen dem in Deutschland festgelegten Recht des Kindes auf seine biologische Abstammung.

Normalisierung und Entpathologisierung, Verbalisierung und die Förderung des Austausches in der Partnerschaft sind die generellen Interventionsstrategien zur Entlastung, für die Wischmann und Dorn bei Paaren mit erhöhtem Beratungsbedarf plädieren (BKID, 2014).

5.7 Ein (Rück-) Blick auf die DELTA-Milieus (s. Kapitel 2.2, S. 9)

„Performer“ neigen zum Aufschub ihrer Familienplanung mit einem hohen Vertrauen in den Erfolg von ART-Behandlungen. Frauen aus diesem sozialen Milieu sehen nach ihren Aussagen durchaus Kinderlosigkeit auch als Chance. Männer vertrauen darauf, in höherem Alter Vater werden zu können und neigen zur Projektion der Problematik auf ihre Partnerinnen. „Etablierte“ gehen von einem hohen Machbarkeitsdenken dank reproduktionsmedizinischer Behandlungen aus. Die Frauen aus diesem Milieu empfinden im Gegensatz zu der vorgenannten Gruppe einen unerfüllten Kinderwunsch als „Makel“, der ihre Identität und Anerkennung in Frage stellt, und neigen zu vorgetäuschten Haltungen. „Etablierte“ Männer zeigen eine ausgeprägte Distanz zu ihrer Infertilität und wünschen sich absolute Diskretion. Der „Wert“ Familie ist in diesem Milieu hoch angesehen, in Konsequenz sind Stigmatisierung und Tabuisierung wahrscheinlich. „Postmaterielle“ suchen den „richtigen“ Zeitpunkt für die Realisation ihres Kinderwunsches. Für die Frauen dominiert die große Angst vor einem Rückfall in die traditionelle Rollenverteilung die Familienplanung. ART-Behandlungen stehen sie erst einmal skeptisch gegenüber. Sie verlassen sich gerne auf die Natürlichkeit in der Familienplanung mit alternativen Methoden zur Unterstützung. Männer aus diesem Milieu stehen nicht unter Druck. Das Milieu der „Expeditiven“ wahrt Distanz gegenüber ART-Behandlungen, verurteilt sie moralisch und befürchtet gesundheitliche Folgen. Sie suchen nach alternativen Möglichkeiten, gerne auch im Internet. Beide Geschlechter können sowohl mit einer endgültigen Diagnose gut leben als auch großes Leid empfinden, abhängig von ihren individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Stabile Partnerschaften und Strukturiertheit in der Familienplanung sind für sie eher untypisch. Die „Bürgerliche Mitte“ erfährt zumeist eine große Belastung mit der Perspektive eines Lebens ohne ein Kind, es passt nicht zu ihren Vorstellungen von einem gelingenden Leben. Der Druck zeigt sich insbesondere bei den Frauen aus diesem Milieu, Männer neigen zur Nivellierung. Beide sind in der Regel wenig informiert, ART-Behandlungen sind ihnen suspekt, Hilfe wird zuerst im Freundeskreis gesucht. „Traditionelle“ Frauen leiden unter dem Makel der Nichterfüllung des festgelegten Rollenverständnisses. Ebenso wie die Männer

erleben sie Kinderlosigkeit als Biographie-Bruch und als Unglück. Beide Geschlechter lehnen ART-Behandlungen ab.

„Konservative“ empfinden ihren unerfüllten Kinderwunsch als „essentielles Defizit“ und suchen intensiv nach allen möglichen Lösungen (BMFSFJ, 2015 b, S. 37). Frauen wie Männer aus dem sozialen Milieu der „Benachteiligten“ können erhebliches Leid an einem unerfüllten Kinderwunsch erfahren. Die kurze Ausbildungszeit und die damit verbundene geringe berufliche Selbstverwirklichung sind mit einem frühen Kinderwunsch verbunden. Er ist für sie als ein Ausdruck für Erwachsensein und Zugehörigkeit zu verstehen und bei Ausbleiben einer Schwangerschaft durch Ausgrenzung aus der Gemeinschaft gekennzeichnet (BMFSFJ, 2015 a, S. 13). Entsprechend können Frauen und Männer aus diesem Milieu über einen langen Zeitraum sehr belastet sein.

Für „Hedonisten“ ist die Verhütung omnipräsent, die Unabhängigkeit steht an erster Stelle. Sie neigen zur Tendenz der vorgeschobenen, gewollten Kinderlosigkeit, ihre Form der Kompensation, der Flucht vor einer Beschädigung des Selbstwertgefühles und der offenen Frage nach der stabilen, finanziellen Versorgung eines Kindes (BMFSFJ, 2015 b, S. 18 ff.). Beide Milieus der modernen Unterschicht zeigen eine hohe Akzeptanz gegenüber ART-Behandlungen, die sie jedoch aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen können.

6. Coping: Prozesse, Strategien und Stile

6.1 Coping – Bewältigung und Integration

Die Definition von Coping nach Lazarus beinhaltet „alle Bemühungen, eine Belastung zu verändern, zu mildern oder zu beenden“ (BZgA, 2012 e, S. 30). Seiner Meinung nach geht es nicht um die Verdrängung und den Ausschluss, sondern um die Integration des kritischen Zustandes (Brusdeylins, 2013, S. 52 f.).

Welche Bewältigungsmöglichkeiten helfen ungewollt kinderlosen Paaren, ihr seelisches Gleichgewicht angesichts der vorab diskutierten Belastungen zu behalten, wiederzufinden bzw. ihre Zukunft positiv und mit der Hoffnung auf ein Glück zu zweit gestalten zu können? Was ist unter Glück zu verstehen? Es gibt keine einheitliche Definition von Glück. [...] Glück ist individuell und subjektiv, jeder ist sein eigener Glücksexperte“ (Wallraff, 2015, S. 14).

Die „Positive Psychologie“ spricht von „Flow-Gefühlen“, die man erlebt, wenn man eins mit dem Geschehen und dem Tun in einem Augenblick sein kann. Sind diese selten geworden, scheuen sich viele Menschen vor den anstehenden Veränderungen, die sie zu neuem Handeln herausfordern könnten. Krisen fordern zur Erweiterung unserer Horizonte, der Verhaltensweisen, unserem Verständnis von uns selbst und von den anderen, von der Welt heraus. Sie können eine Chance beinhalten, persönliches Wachstum zu erfahren (Wallraff, S. 17 ff.). Glück beinhaltet, Wünsche und Ziele zu erreichen. Manchmal kann dies dazu führen, dass Wünsche zu Sehnsüchten werden. Ein Tunnelblick auf das zu erreichende, allein glücklich machende Ziel ist die Folge. „Eine Krise entsteht, wenn ein bedeutsames Lebensziel bedroht ist“ (Wallraff, 2015, S. 130).

Der Kinderwunsch kann zu einem solch existentiellen Thema und damit zu einer alles bestimmenden Lebenskrise werden. Seine Nichterfüllung ist verbunden mit starken, bis an die eigenen Grenzen gehenden Gefühlen, kann Erstarrung und Angst bewirken, zur Resignation führen. Die Chance der Verarbeitung ist von vielen Faktoren abhängig: Die

wichtigsten sind die Intensität des Kinderwunsches und dessen Dauer, die Partnerschaft mit ihrer Stabilität und den Chancen der intra- und interdynamischen Wandelbarkeit mit dem sozialen Umfeld. All dies wird beeinflusst von der individuellen Persönlichkeit mit ihren erlernten wie erworbenen Lebenseinstellungen, Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten sowie der Offenheit für Behandlungsmöglichkeiten bei Nicht-Erfüllung des Wunsches. Je mehr ein Kind zur Klärung der eigenen Zukunftsperspektive, der Bewältigung von Einsamkeit und als notwendige Bereicherung der Partnerschaft wahrgenommen wird, umso schwieriger die Verarbeitung und die „Zielsubstitution“. Dies kann sich durch die Option einer Kinderwunschbehandlung verstärken (Onnen-Iseman, 1995, S. 479). Je höher die Gesamt-Bewältigungskompetenz der Paare und die Bereitschaft sind, diese Lebenskrise als Chance zur persönlichen Veränderung anzunehmen, desto wahrscheinlicher ist die konstruktive Integrationsmöglichkeit des unerfüllten Lebenszieles Kinderwunsch (Rinke, 2014).

6.2 Coping - Prozesse und Strategien

Die Bewältigung einer Lebenskrise erfolgt nach dem transaktionalen Stress-Coping-Modell von Lazarus in einem prozesshaften Austausch mit der Umwelt. Kognitiv orientiert erfolgt eine primäre Bewertung der Situation (Bedrohung) im Verhältnis zur sekundären Einschätzung der eigenen Kompetenzen, ohne dass eine linear zeitliche Folge gegeben ist (Brusdeylins, 2013, S. 51).

Nach dem 2-Phasen-Modell von Brandstädter (ebd., S. 68 ff.) gibt es zwei Formen von Coping-Prozessen, wenn Wunsch und Realität nicht zu vereinbaren sind und neue Denkstrukturen erforderlich werden.

1. „Die hartnäckige Zielverfolgung (Tenazität) mit Anstrengungssteigerung, Erweiterung von Handlungsressourcen und die Inanspruchnahme von externen Hilfsmitteln“. Kosten sind die Fixierung, Erschöpfung und destruktive Emotionszustände.
2. Die „Akkommodation oder Assimilation“ (Flexibilität) als Konsequenz einer „kognitiv reflektierten Verbindung von Ziel und Wertigkeit“. Eine Abwertung der Priorität des Wunsches ist verbunden mit einer Chance zur Neubewertung.

Die erste Bewältigungsform würde bedeuten, das Leben fast ausschließlich auf die Realisierung des Kinderwunsches auszurichten, eine Strategie, die viele kostbare Jahre mit repetitiven Enttäuschungen und Frustrationen füllen kann. Am Schluss kann die Erkenntnis stehen, dass das Leiden umsonst war. Der zweite Weg würde bedeuten, das Schicksal eines unerfüllten Kinderwunsches anzunehmen und alternative Wege der eigenen Lebensgestaltung und Lebenserfüllung zu suchen.

Prystav (1981; zit. nach Onnen-Iseman, 1995, S. 481) unterteilt Coping in vier Aspekte:

1. Coping-Prozesse: Eine bedrohende Belastung wird im Austausch mit der Umwelt mittels Coping-Fähigkeiten und -Mustern entweder ausgeschaltet oder sich ihr angepasst.
2. Coping-Fähigkeiten: Alle individuellen Persönlichkeitsmerkmale, die Einfluss auf die Verarbeitung der externen wie internen Stressfaktoren haben.
3. Coping-Muster sind internalisierte Bewältigungsmuster und Verhaltensweisen auf Stressfaktoren.

4. Coping-Ressourcen sind interne (Gesundheit, Wertevorstellungen etc.) oder externe (soziales Umfeld etc.) Faktoren mit positiver oder negativer Wirkung.

„Wenn Du Dein Schicksal nicht ändern kannst, ändere Deine Einstellung“
(Wallraff, 2015, S. 78).

Die Wahrnehmung eines Menschen in einer existentiellen Krise ist häufig fixiert, selten für neue Strategien, Handlungsalternativen offen. Erst der Weg von der Hilflosigkeit und Leere zurück ins aktive Handeln führt zu neuer Kraft. Um zu erkennen, was und auf welche Weise ich verändern möchte, ist es wichtig zu begreifen, wo ich stehe, den Ist-Zustand zu realisieren, zu beleuchten und mir der Verfügbarkeit meiner Kompetenzen bewusst zu werden (Wallraff, 2015). Die Verlangsamung der Prozesse ist hilfreich zur (Selbst-) Reflektion.

Beyer et al. (2004, S. 332) betonen die Bedeutung der realistischen Einschätzung der Situation der ungewollten Kinderlosigkeit für ihre Bewältigung. Protektiver Faktor für zielgerichtete Handlungen und die Konkretisierung von Lösungen ist die Wertschätzung der eigenen Persönlichkeit. Kompetenzen stellen die Widerstandsfähigkeit (Resilienz), die zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die erlernten Coping-Techniken dar.

Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, die Überzeugung in schwierigen Situationen Stärke und Handlungsmöglichkeit zu besitzen, ist eine Grundlage für die aktive Entscheidungsautonomie im Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit (Rinke, 2014). Es ist wichtig, Zeiträume zu finden, in denen das Thema ausgeklammert sein darf, um neue Kraft für die Belastungen physischer wie psychischer Art und die anstehenden Entscheidungen zu schöpfen, jeder für sich und als Paar. Erst mit Hilfe von Reflektion und wertschätzendem Rück- und Ausblick kann eine Neubewertung erfolgen (Brusdeylins, 2013, S. 51). Ein strukturgebender Platz und ein Entlastung bietender Raum für das energiekostende, oft sehr erschöpfende Thema Kinderwunsch in allen Phasen, vor, während und insbesondere nach ART-Behandlungen im Leben ungewollt Kinderloser, ist eine wertvolle Voraussetzung für positives Coping (Lechner et. al., 2007).

Brusdeylins (2013, S. 50 ff.) differenziert zwei Coping-Strategien der Regulation bei ungewollter Kinderlosigkeit:

1. Modell der Emotionsregulation nach Gross

Emotionen entstehen durch die Aufmerksamkeit einer Person auf eine bestimmte Situation, die unangenehme oder angenehme Gefühle hervorrufen kann. Im Anschluss bestehen mehrere Möglichkeiten:

- der Situation sich anzupassen, verbunden mit einer Suppression der Gefühle und Substanzmissbrauch (destruktive Strategie).
- sich bewusst der Situation zu stellen (zielabhängig) und den Fokus intern zu lenken (Annäherungs- bzw. Vermeidungsverhalten).
- die Situation zu verändern (Emotionsexpression und Problemlösen).
- eine kognitive Umdeutung (Interpretation bzw. Bewertung, verhaltensorientierte Umstrukturierung) vorzunehmen und eine prozesshafte Neubewertung anzustreben.

2. Das transtheoretische Modell (TTM) nach Prochasa & Di Clementi

Es ist ein Spiralmodell der intentionalen Veränderung anhand der anstehenden Entscheidungsprozesse und der Verhaltensabsichten. Die Stufen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Entscheidungsbalance, Vorbereitung, Selbstwirksamkeitserwartung, Handlung) sind zielorientiert zu formulieren. Je spezifischer und verhaltensorientierter dies geschieht, um so valider und genauer die Aussagen für die anstehenden Veränderungen.

6.3 Aktive und passive Coping-Stile

Coping-Stile sind von der Sozialisation geprägte individuelle Haltungen (z.B. religiöses Coping) (Brusdeylins, 2013). In der Literatur werden zwischen folgenden förderlichen bzw. hemmenden Coping-Stilen bei ungewollter Kinderlosigkeit unterschieden:

1. Konstruktive, aktiv-konfrontierende und sinn-stiftende Verhaltensweisen, z.B.:

- Offene und aktive Kommunikation, intern wie extern praktiziert
- Gegenseitige Wertschätzung und Zufriedenheit in der Partnerschaft
- Achtsamkeit und Akzeptanz eigener Emotionen und Bedürfnisse
- Entspannung und Freizeitaktivitäten
- Stress-Situationskontrolle und aktive, gelebte Trauer
- Soziale Unterstützung erfahren, andere um Rat fragen
- Positive Neubewertung und Akzeptanz der Situation
- Sinngebung (berufliche Veränderung, ehrenamtliches Engagement)

Humor wird in diesem Zusammenhang als eine protektive Ressource zur Bewältigung angesehen (Kentenich et al., 2014, S. 40).

Ist Religiosität als eine hilfreiche Haltung im Bewältigungsprozess zu betrachten? Kann Spiritualität als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb von Religiosität verstanden werden, eine Unterstützung darstellen? In Deutschland stehen 2/3 der Bevölkerung zu ihrem Glauben an Gott. „Religiosität, als emotional erlebter Prozess einer Gottesbeziehung“ verstanden, kann als helfend wahrgenommen werden oder das Gegenteil bewirken (Brusdeylins, 2013, S. 73). Im positiven Sinne erfährt ein Mensch in Belastungssituationen hierin Kraft, im negativen Sinne eine auferlegte Bürde mit korrelierter Depressivität-Symptomatik und Trauer. „Wieso schenkt uns Gott keine Kinder?“ Es sei wichtig, bei Offenheit positives religiöses Coping zu induzieren (BZgA, 2012 e, S. 30 f.).

2. Destruktive, aktiv-vermeidende bzw. passive Verhaltensweisen (z.B. Lechner et al., 2007), z.B.:

- Rückzugsverhalten in der Partnerschaft und Isolierungstendenzen.
- Reduktion des Austausches mit dem sozialen Umfeld
- rein kognitive Verarbeitungs-Modi
- Verschweigen der Gefühle
- Fixierung und auf ein Wunder hoffen
- negative Gefühle wie stetes Grübeln und Zurückschauen
- Schuldgefühle bezüglich der eigenen Unfruchtbarkeit

Laut TAB-Arbeitsbericht (2010, S. 84 ff.) vernachlässigen traditionelle Stressmodelle den dyadischen Aspekt in der Infertilitätsbewältigung ungewollt kinderloser Paare. Diese sei bestimmt von der partnerschaftlichen Kommunikation, die persönliche Trauerkompetenz werde wesentlich vom Coping-Stil des Partners beeinflusst. Nach der Studie von Peterson et al. (2008; zit. nach TAB, 2010) habe ein aktiv-vermeidender Coping Stil nur eines Partners einen negativen Effekt auf das Stresserleben in der Partnerschaft. Paaren gelingt nach Wischmann (2012; zitiert nach Kentenich et al., 2014) eine Anpassung an Stresssituationen besser, wenn sie ergänzende oder ähnliche Coping-Stile aufweisen können und über ein hohes Maß an Zuwendung dem Partner gegenüber verfügen. Stammer et al. (2004, S. 11) weisen darauf hin, dass es bereits hilfreich sei, wenn ein Partner sich dem „depressiven Sog“ entzöge. Thorn (2009) spricht von einer Modulation des individuellen Stressempfindens durch die Qualität der Paarkommunikation und der differenten Coping-Stile. Kentenich et al. (2014) untermauern diese These: Individueller Optimismus bzw. Pessimismus der Partner müssten bei den Interventionen zur Stressreduktion bei ungewollter Kinderlosigkeit berücksichtigt werden.

Dorn und Wischmann (2013) und Onnen-Isemann (1995) stellen die Kenntnis um genderspezifische Verarbeitungsweisen in der Beratung als unerlässlich dar. Frauen tendieren ihrer Ansicht nach zu Vermeidungsstrategien, den passiven, nach innen gerichteten Reaktionen, die mehr Stress erzeugen als sich positiv auswirken. Sie scheuen den Kontakt mit Paaren mit Kindern und neigen zu Depressivität und Ängstlichkeit. Männer zeigen Distanz und Sprachlosigkeit, entwickeln Problemlösestrategien, agierende Verhaltensweisen, die eher sachorientiert sind (BKID, 2014, S. 41). Unabhängig vom Geschlecht sind nach Wischmann Verlust- (Trauer) oder Wiederherstellungs- orientierte Coping-Stile (Rückkehr zur idealisierten Partnerschaft) zu beobachten (BKID, 2014, S. 7).

Ursachenzuschreibungen scheinen eine besondere Rolle zu spielen. Kentenich et al. (2014, S. 40) weisen auf verschiedene Studien (Strauß et al., 2000; Alexander et al., 1992; Stanton/Dunkel-Schetter, 1991) hin, nach denen eine internale Kontrollüberzeugung der eigenen Schuld langfristig mit größerem Leid verbunden ist, als wenn als Ursache externe Gründe wie das Schicksal oder mangelnde medizinische Möglichkeiten erwogen werden. Dagegen scheinen sie als kurzfristige Hilfe zur Unterstützung besser geeignet zu sein. Rinke (2014, S. 296 f.) führt an, dass Menschen, die über wenig Kontrollmöglichkeiten in ihrem Leben verfügen, eher zur passiven, depressiven und somatischen, Verarbeitung neigen. Ebenso die Rumination, die ständige gedankliche Beschäftigung mit korrespondierender Kontrolle von Gefühlen und Gedanken, würde bei ausbleibender Schwangerschaft hinderlich sein. „Dysfunktionale Grundüberzeugungen“ der eigenen Schuld, Scham und Idealisierung des Kindes seien erschwerend für eine aktive Trauerbewältigung.

7. Beratungsansätze

7.1 Zusammenfassung hilfreicher Beratungsaspekte

Gibt es Beratungsansätze, die sich für alle Paare bzw. Partner als förderlich erwiesen haben, die an die Grenzen ihrer eigenen Belastung und deren Verarbeitung gestoßen sind? Entsprechend der in Kapitel 6.3 angeführten konstruktiven Coping-Stile, die den Paaren die

Bewältigung ihrer ungewollten Kinderlosigkeit erleichtern, werden im Folgenden grundlegende optionale Unterstützungsaspekte angeführt. Sie sollten für alle Paare in allen Phasen jederzeit zugänglich sein (BMFSFJ, 2012, S. 20 f.).

1. Psychoedukation (z.B.: Aufklärung über Fruchtbarkeitsschädigendes Verhalten)
2. Prävention (Frühzeitige Ansprache des Themas Unfruchtbarkeit)
3. Zeit und Raum für Psychosoziale Beratung
4. Hilfestellung bei destruktiver Paardynamik
 - Vorbeugung oder Verminderung von Paarkonflikten
 - Vermittlung von Kommunikationshilfen
 - Förderung der Akzeptanz der genderspezifischen Coping-Stile
 - Lösungsansätze bei Störungen im Sexualleben
 - Ressourcenorientierung
5. Förderung der aktiven Bewältigungskompetenzen und Wahrung der eigenen Grenzen
6. Entscheidungshilfen für oder gegen reproduktionsmedizinische Behandlungen
7. Lösen aus Rückzug und Isolierung (intern und extern mit Ärzten bzw. Umfeld)
8. Enttabuisierung, Entstigmatisierung, Entpathologisierung
9. Aktivierung der Trauerprozesse
10. Förderung der Akzeptanz von Alternativen, Sinngebung und Perspektive

Die Wichtigkeit bzw. Reihenfolge dieser Interventionsmöglichkeiten wird unterschiedlich diskutiert. Präventionsangebote werden vielfach priorisiert: Nach Rinke (2014, S. 302) sollte psychosoziale Beratung „präventiven Charakter“ besitzen, sowohl bei unerfülltem Kinderwunsch als auch bei Kinderwunschbehandlung. Beyer et al. (2004, S. 337 f.) betonen die Bedeutung der konkreten, frühzeitige Ansprache des Themas „Ungewollte Kinderlosigkeit“ in einer (Paar-) Beratung, um den Wahrnehmungshorizont zu erweitern und Enttabuisierung und Stigmatisierung vorzubeugen. Die Vorsorge für die Stabilität von Partnerschaften und Aufklärung sind Interventionen, die nach Wippermann (BMFSFJ, 2015a) in einem Angebot einer Psychosozialen Beratung einen hohen Stellenwert haben sollten. Oft würden die Paare nicht auf die Idee eines „Zusammenhanges ihrer beeinträchtigten Befindlichkeit und der Kinderlosigkeit“ kommen. Der Erstauftrag könnte zuerst von ganz anderer Art sein. Stöbel-Richter (2013) plädieren für die Förderung von proaktiven Bewältigungsstrategien und Stressabbau (Entspannungstechniken, Problemlösen, kognitive Varianz). Dies seien in Kurztherapien die erfolgreichsten Interventionen, die für viele Kinderwunschpaare genügen würden. Längere Beratungseinheiten bzw. intensivere Therapien seien für belastetere Paare notwendig. Eine Identifikation von dysfunktionalen Paarbeziehungsmustern sei vorab sinnvoll (Stammer et al., 2004).

Die Motive für einen Kinderwunsch können bei den Partnern, wie in Kapitel 3.1. diskutiert, eine variable Ausprägung erfahren. Sie sind stets ungleich bei Mann und Frau, ebenso sind die individuellen Resilienz-Faktoren different. Die Akzeptanz der Unterschiedlichkeit in der Partnerschaft benötige eine spezifische, individuell ausgerichtete Paarberatung. Die erfolgreiche Bewältigung beinhalte stets das Eingeständnis der Ambivalenz zum Kinderwunsch und die Erkenntnis der biographischen Bedeutung (Stammer et al., 2004).

Wischmann und Thorn (BKID, 2014) plädieren für ein Beratungssetting, welches sich an den Bedürfnissen beider Geschlechter orientiert, im Sprachgebrauch wie in der Verwendung passender Medienangebote. Diese Einschätzung entspricht der Studie des DELTA-Institutes (BMFSFJ, 2015 a). Ungewollt kinderlose Paare benötigen jemanden, der mit ihnen gemeinsam und mit jedem einzelnen den Schmerz aushält, sie Worte und Erklärungen finden lässt und sie uneingeschränkt wie wertfrei akzeptiert in ihrem eingeschlagenen Weg. Einen Moderator, der mit ihnen nach Entscheidungs- und alternativen Lösungsmöglichkeiten sucht. Rinke (2014) fordert einen konstanten Ansprechpartner als Begleitung bei vulnerablen Paaren. Eine intensivere Beratung, eventuell Therapie, mit sorgsamer Auftragsklärung, die beide Partner mit einbezieht, sei angezeigt bei kommunikativen und sexuellen Störungen (BKID, 2014, S. 47).

Basis jeder Beratung ist im Konsens aller Studien die Ergebnisoffenheit, die Neutralität und die Problemorientierung. Ziele sind die Stärkung der Resilienz mit den protektiven Faktoren: Förderung von sozialer Unterstützung, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen, internen Kontrollüberzeugungen, Handlungsfähigkeit, Autonomie und die Entwicklung einer positiven Haltung zur Prophylaxe vor Auftreten psychischer Erkrankungen. Gefordert werden Zeit und Raum zur Reflektion anstehender Entscheidungen und die Notwendigkeit der Grenzziehung bei ART-Behandlungen als eine wichtige Voraussetzung zur Bewältigung. Hierfür seien die Öffnung und das Brechen des Schweigens notwendige Voraussetzungen. Erzählen ist Verarbeitung, im Erzählen verändert sich die Sicht auf die Dinge und Handlungsoptionen werden klarer. Erzählen und Zuhören ermöglicht Austausch, Nähe und Begegnung, das Wissen um Verstanden-Werden und den anderen Verstehen-Können.

Was kann ich mir vorstellen, was kann ich in meiner/unserer Situation mit meinem Gewissen vereinbaren und was will ich/was wollen wir?

7.2 Optionen der Paarberatung

Jede Form der Unfruchtbarkeit ist ein persönliches wie partnerschaftliches Problem und benötigt die Ansprache beider Betroffenen. Eine positive Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches ist grundsätzlich mit der Zufriedenheit in der Partnerschaft verbunden: 46 % der Betroffenen sehen eine stabile Beziehung als die wichtigste Ressource bei ungewollter Kinderlosigkeit (BZgA, 2012 e). Beiden Partnern sollte die Chance eröffnet werden, sich selber im „Licht der eigenen Persönlichkeit“ kennenzulernen und die eigenen Kompetenzen zu erfahren. So kann im gegenseitigen Austausch eigenes und gemeinschaftliches Wachstum als Paar möglich werden. Stammer et al. (2004) betonen die notwendige Abkehr von einer defizitären Sichtweise in der Paartherapie kinderloser Paare.

Am Anfang steht die Einschätzung der Qualität der Paarbeziehung: Trennungsgedanken sind anzusprechen und zu thematisieren, dies kann befreiender sein als das Verschweigen derselben. Nach Guttormsen (1992, S. 248) sollte die Regel aufgestellt werden, erst einmal wieder die Kontrolle zu erlangen, bevor Entscheidungen über die Partnerschaft getroffen werden. Im Verlauf sind die Förderung von Kommunikations- und Problemlösetechniken sowie die Verarbeitung emotionaler Belastungen wichtig, als einzelner und als Paar. Rinke (2014) befürwortet die Arbeit an den primären Emotionen, um dem Partner die „intrinsischen Bedürfnisse und Wünsche“ offenlegen zu können. Hilfreich sind die

Ermutigung zum Wahrnehmen und Anerkennen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse und denen des anderen. Welche zu Grunde liegenden Themen liegen hinter dem Leiden verborgen und was bedeutet dies für die Beratung? Die Ambivalenzen des Kinderwunsches zu thematisieren, zu normalisieren und zu validieren sind wichtige Ansätze. Gerade das Bekenntnis, alles aussprechen zu dürfen, was jeden bewegt, wirkt befreiend und entlastend: Erzählen, Zuhören, Annehmen und Wertschätzen. Guttormsen (1992) spricht von einer „Fokussierung auf die gefühlsmäßigen Anteile“ in der Partnerschaft. Dies ist im Zwiegespräch schwer, befürchtet jeder doch die Reaktionen des Partners, wenn die eigenen Wünsche so ganz anders sind als die des anderen. Gelingt dies, ist die gemeinsame Stärke in der Unterschiedlichkeit für das Paar spürbar geworden, wird die Öffnung mit all der zu erwartenden Konfrontation extern einfacher. Kommunikative Ansätze mit Moderatorenfunktion des Beraters analog der gewaltfreien Kommunikation werden explizit von Rinke (2014) gefordert. Sie dienen der Schulung der eigenen Wahrnehmung, dem Zuhören und der Reduzierung von Fehleinschätzungen, was der Partner wirklich mitteilen möchte. „Das Zusammenleben kann sich erst verbessern, wenn das Paar wieder zusammen sprechen kann“ (Guttormsen, 1992, S. 252).

Psychoedukative Ansätze, d.h. Einblick in Ursachen, Diagnostik, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln, werden als präventive Maßnahme und hilfreiche Unterstützung in der Paarkommunikation generell befürwortet (Kentenich et al., 2014). Hierzu gehört die Aufklärung über die Faktoren, welche additiv die Fertilitätsrate in Frage stellen könnten, inklusive der Sexualaufklärung. Hierhin gehört ebenso die „subjektiven Verursachungstheorien“ zu hinterfragen, um Phantasien und damit imaginären Schuldzuschreibungen vorzubeugen. Ziele sind ein Krankheitsverständnis, die Förderung des selbstverantwortlichen Umganges mit der Erkrankung, die Ressourcenoptimierung, eine Erweiterung des Handlungsspielraumes und die Chance zur informierten Entscheidung. Stöbel-Richter (2013) verweisen auf ein Psychoedukationsprogramm von Schmidt et al. (2005), welches insbesondere Kommunikationsstrategien verbessere und die Öffnung für Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten und Adoptionsagenturen ergeben habe.

Kognitive verhaltenstherapeutische Ansätze sind das Erkennen dysfunktionaler Gedankengänge und hilfreicher Coping-Strategien, Problemexternalisierungen, konstruktive und konkrete Verhaltensanleitungen für Plan B, C, D und E, Kommunikationsprogramme oder „Hausaufgaben“ zum Einüben von Entlastungsmöglichkeiten. Hier ist der präventive Ansatz favorisiert, im eingeschränkten Tunnelblick eines fixierten Kinderwunsches ist kaum mehr ein Verständnis und Verarbeiten von Informationen und aktives Handeln möglich.

In Folge werden zwei in den Studien anerkannte Konzepte der Paarberatung kurz skizziert, detaillierte Beschreibungen finden sich in der zitierten Literatur.

1. „Die Fokale Kurzberatung“,

Hölzle et al. (2000) entwickelten ein lösungsorientiertes Paar-Beratungskonzept für infertile Paare. Es ist eine Methode, die sich zur „punktuellen Klärung von Paarproblemen und Handlungsstrategien, zur Krisenintervention“ eignet. Das Ziel dieses Ansatzes, basierend auf den Wirkfaktoren nach Grawe, ist eine Verarbeitung der ungewollten Kinderlosigkeit als „passagere Lebenskrise“ und einer Optimierung der Zufriedenheit der Paare mittels

Erarbeitung von Ressourcen und Kompetenzen der Problembewältigung. Eine Anamnese über Motive, Diagnosen und Behandlungen, Biographie der Partner und der Paargeschichte inklusive Sexualität etc. ist die Voraussetzung. Die motivationalen Zieldefinitionen ergeben sich anhand der inhaltlichen Schwerpunkte: Entscheidungskonflikte, soziale Aspekte, Selbstwertproblematik, Trauerarbeit und das Erschließen von Alternativen. Methodisch erfolgt zuerst eine Klärung, weshalb die Partner sich so verhalten und empfinden. Als Basis zum Verständnis von Entscheidungskonflikten, Aktivierung von Ressourcen und Erweiterung von Handlungsspielräumen ist diese Phase unabdingbar. Ihr folgt die Zeit der Problemaktualisierung mit Themen der internalisierten Rollenbilder, Vorstellungen von Elternschaft, Beziehung zu den eigenen Eltern, Verlusterlebnisse und andere biographische Themen. Die dritte Phase ist die der Ressourcen- und der Lösungsorientierung. Die Effektivität von „Hausaufgaben“ wie Kommunikationstraining, bewussteres Konfliktverhalten oder sexualtherapeutische Aufgaben sind zentrale Interventionstechniken dieses auf die zu bewältigende Zukunft gerichteten Modelles einer Paarberatung bei ungewollter Kinderlosigkeit. Als Nachteil dieses Konzeptes benennen die Autoren die mangelnde Anwendbarkeit bei der Notwendigkeit von tiefgreifenden persönlichen Veränderungen der Partner bzw. der Paardynamik.

2. Zweistufiges Paarberatungs- und Therapiemodell.

Stammer et al. (2004) erarbeiteten in der „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ ein „minimal-invasives“ Vorgehen unter Beachtung lösungs- und ressourcenorientierter Ansätze. Es entstand in Kooperation mit ART-Behandlungen. Eine zweistündige Kurzberatung habe sich für die meisten Paare in dieser Situation als ausreichend erwiesen. Nur bei einstimmig geklärten Bedarf und Information über Ziele und Inhalte erfolgt eine 10-stündige Anschluss-therapie für die Paare. Diese Begrenzung wurde von einigen Paaren als negativ empfunden (Wischmann, 1998, S. 120). Die Aufforderung zur aktiven Formulierung ihrer Anliegen, Auftragsklärung, Normalisierung statt Pathologisierung, Reduktion von Handlungsdruck, Unterstützung zielführender anstatt Fokussierung „fehlender Kompetenzen“ sind Basismodule. Systemorientierung, Ermunterung zur Gefühlsexpression sowie deren Akzeptanz, konkrete Hausaufgaben und die Förderung von Humor und Sinnfindung sind ergänzende Aspekte des Konzeptes. Ziele sind Kontrolle, Aktivität, Eigenverantwortlichkeit und die Balance zwischen einer Öffnung und sinnvoll schützendem Schweigen. Es berücksichtigt Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse und ihre Konsequenzen. Dieses Konzept wurde anhand der Beratungserfahrungen mit einem hohen Anteil an AkademikerInnen erarbeitet, weswegen seine Übertragbarkeit auf andere Bildungsschichten in Frage gestellt ist.

7.3 Sexualberatung

Die Offenheit in der medizinischen wie der psychosozialen Beratung ist der einzig richtige Weg bei sexuellen Problemen, um konkrete und zielführende Unterstützung geben zu können bzw. zu erhalten. Der direkte Weg mit konkreten Fragestellungen, gesondert mit den Partnern wie vis a vis mit dem Paar, ist notwendig. Er ermöglicht das Ansprechen der verborgenen Vermutungen, Selbstzweifel, Projektionen, Frustrationen und Unwahrheiten und den gegenseitigen Respekt sowie die Achtung der Besonderheit des Gegenübers. Das

Tabuthema Sexualität und die Beeinträchtigungen, dessen Ausmaß durch die Werte der sozialen Milieus besonders beeinflusst wird (Rinke, 2014), zu entschlüsseln ist für ungewollt kinderlose Paare absolut notwendig. Dies fällt jedoch nach Quitmann (BKID, 2014, S. 44 f.) beiden Professionen, Mediziner*innen wie Berater*innen, schwer, die zumeist mit Sexualberatung bzw. -therapie nicht vertraut sind.

Zur Vermeidung von Sexualitätsproblemen bzw. deren Bewältigung ist nach Quitmann (2008, S. 89 f.) vorab eine Sexualanamnese mit Aufklärung über die beeinflussenden Faktoren (Ovulationszeitpunkt, Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs, Schwangerschaftswahrscheinlichkeit) ebenso wie das Erfragen des lebensgeschichtlichen Hintergrundes unentbehrlich. Sexualtherapie erfordere eine Pause in der Kinderwunschbehandlung und den Willen, mit der Kränkung Kinderlosigkeit umgehen zu lernen. Sexualität sei nicht nur unter dem Reproduktions-Blick zu betrachten. Die Anwendung von ART-Behandlungen führe paradoxerweise zum Einstellen der Sexualität, obwohl ein Kind sehnlichst erwünscht sei. Man verlasse sich auf die Technik. Stammer et al. (2004, S. 62 ff.) plädieren für eine Trennung von zweck- und lustorientierter Sexualität. So ließe sich der Verlust der Intimität durch die permanent geplante Sexualität besser bewältigen. Gegen das Gefühl der Insuffizienz des eigenen Körpers, der ein Teil des Selbst sei, helfe es, „Freundschaft“ mit diesem zu schließen, um die Weiblichkeit und Männlichkeit jenseits der Elternschaft erfahren zu können. Zumeist sind es kognitiv-behaviourale Techniken, die sich als effizient erwiesen haben. Eine auf den fixierten Kinderwunsch abgestimmte Sexualität benötigt ein Umdenken, eine Neuentdeckung und Belebung der erfüllten Lust und Liebe jenseits von Planung und Struktur und in Erinnerung an vergangene Zeiten. Normalisierung und Verallgemeinerungen helfen das Thema anzusprechen („Viele Paare in Ihrer Situation...“). Humor werde in der Gesprächsführung dankbar angenommen.

7.4 Stressreduktions- und Trauerbewältigung

Zur Stressreduzierung sind kleine Entlastungsmöglichkeiten umzusetzen, z.B. Ablenkung, Entspannungsübungen (progressive Muskelrelaxation), um sich den aufbrechenden eigenen Emotionen nicht hilflos ausgeliefert zu fühlen (BKID, 2014). Diese kurzfristigen, oft so wirksamen Stressbewältigungstechniken sollten jederzeit den Klienten individuell zur Verfügung stehen. Ein Schwerpunkt sollte darauf liegen, geplante, aktivierende Schritte zur Eröffnung von Handlungsalternativen mit dem Bewusstsein nachfolgender optionaler Konsequenzen zu eröffnen (Wallraff, 2015). Wut und Selbstmitleid sind kraftvolle Gefühle zur optionalen Veränderung.

Verlust- und Trauererfahrungen begleiten ungewollt kinderlose Paare in vielen Variationen. Ein periodischer, immer wieder neu erlebter Verlust von Hoffnung ist verbunden mit repetitiven Trauerphasen, die mit der endgültigen Diagnose schließlich „zur schlimmsten Verlusterfahrung“ im Leben führen können. Es sind Krisensituationen, die die Gefahr einer emotionalen Negativspirale in sich bergen (Mayer-Lewis, 2014, S. 21), für die eine psychosoziale Beratung empfohlen wird, insbesondere bei Folgeschwangerschaften (Rinke, 2014). Der Trauerprozess ähnelt dem nach Verlust eines nahen Angehörigen, der Abschied vollzieht sich in kleinen Einheiten. Ziel ist, das Leiden transparent und möglich zu machen,

es als unlösbares Problem anzunehmen und den primären Emotionen ihren offenen Raum zu lassen (Guttormsen, 1992). Es gilt zu hinterfragen, wovon sie Abschied nehmen müssen: Von dem unbegrenzten Einsatz für die Realisierung des Kinderwunsches, von Hoffnungen, von Lebensaufgaben und Lebenszielen, von Identitätsentwürfen bis hin zu den Phantasien, wie ihr Leben mit einem Kind hätte aussehen können.

Wie kann dieser Abschied immer wieder erneut gelingen? In der Literatur werden im Allgemeinen 8 Phasen im typischen Verlauf eines Stress- oder Trauerprozesses bei ungewollter Kinderlosigkeit angeführt (in Anlehnung an Onnen-Isemann, 2004, S. 4):

1. Schockphase mit den Gefühlen der Erstarrung, der Handlungsunfähigkeit und der Bedrohung des Selbst. Wichtig sind das Lösen aus der Lähmung und die Aktivierung der Selbstwirksamkeit.
2. Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens, der Verneinung als Schutzfunktion. Sie birgt die Gefahr scheinbar schneller Lösungsmöglichkeiten ohne sich der Trauer zu stellen. Oder es resultiert ein Erschöpfungszustand, der die Lebensfreude begrenzt. Hilfreiche Unterstützung bieten Rituale, die die Realität begreifen und symbolisieren helfen.
3. Phasen emotionaler Hochs und Tiefs mit all den aufbrechenden Gefühlen, deren Wahrnehmung, Zulassen, Ausdrücken und Annehmen ein erster Schritt der Bewältigung ist. Externalisierungen wie Malen, Schreiben, Singen etc. ermöglichen eine bewusste und individuelle Verarbeitung.
4. Phase der Schuldgefühle: die quälende, oft unbefriedigende Suche nach der Ursache.
5. Sozialer Rückzug, insbesondere von Kindern und Gefahr der Isolierung. Ansprachen durch das soziale Umfeld oder in einer Beratung werden notwendig.
6. Phase der Depression, der Schlafprobleme, der Teilnahmslosigkeit und Desinteresse
7. Trauerphase und Phase des „Suchens, Findens und sich Trennen-Könnens“ von den Vorstellungen der idealen Bilder. Sie birgt die Möglichkeit zu erkennen, welche Anteile sind in mir geweckt worden, welche Eigenschaften habe ich an mir und an uns entdecken können, die mir vorher verborgen waren?
8. Die letzte Phase beinhaltet idealerweise eine Integration der Realität eines unerfüllten Kinderwunsches, dieser existentiellen Krise in das eigene Leben. Es ist die Zeit der Neuorientierung und Neubewertung, der endgültigen Akzeptanz des Verlustes.

Alle Phasen verlaufen in Wellen oder wie eine Spirale, sie müssen nicht linear sein. Immer wieder können sich „Rückschläge“ in bereits überwunden geglaubte Phasen ergeben, die erneut Kraft und Umdenken erfordern. Sukzessive ergibt sich eine „neue Wirklichkeit“, im Austausch mit sich und anderen. „Trauer ist Arbeit“ konstatiert Freud (Guttormsen, 1992, S. 251). Die innere Leere birgt die Chance zur Neuentdeckung der eigenen Identität (Stammer et al., 2004). Unterschiede im Bedauern über die ungewollte Kinderlosigkeit erschweren den dyadischen Trauerprozess. Männer fühlen oft nicht die offizielle Erlaubnis zu trauern, sich schwach zeigen zu dürfen. Sie möchten nicht noch mehr zur Belastung ihrer Frau beitragen. Oft ist das ein Anlass für diese, dahinter Gleichgültigkeit zu vermuten. Frauen müssen sich nicht nur vom eigenen Kind, sondern auch von einem Schwangerschafts- und Geburtserlebnis verabschieden (Dickmann- Boßmeyer, 2000, S. 181).

Onnen-Isemann (2004) vertritt die Ansicht, dass ein aktiv durchlaufener Trauerprozess mit allen Phasen vor einer Entscheidung für eine ART-Behandlung erfolgen muss. So könne das Paar ein Leben ohne Kinder vorab akzeptieren, der unerfüllte Wunsch sei bearbeitet und damit liege die Hoffnung nicht allein auf der Reproduktionsmedizin. Die Behandlung sei in Folge kein Instrument der Verdrängung. Dickmann-Boßmeyer (2000, S. 175) unterstützt diese Ansicht: Jede kleine Hoffnung auf ein Kind via natürlichem Wege, einer „Liebesnacht“, erschwere den Trauerprozess. Dorn & Wischmann (2013) vertreten die Antithese, dass ein Trauerprozess erst gelingen kann, wenn keine so geringe Chance mehr auf eine Schwangerschaft besteht und er erst nach reproduktionsmedizinischen Behandlungen gelinge könne.

„Anniversary reactions“ sind Zeiten, in denen die Phasen der Instabilität und das Hadern mit dem Schicksal ungewollter Kinderlosigkeit wieder aufbrechen. Dies können Geburten bei Freunden und Bekannten, Familienfeiern, die Wechseljahre oder die Phase, wo andere Großeltern werden, sein. Es ist ein lang andauernder, lebenserfüllender Prozess.

Eine begleitende, niedrigschwellige und gut erreichbare psychosoziale Beratung kann unterstützen, mit akuten Krisensituationen je nach Phase und Bedarf flexibel umzugehen. Ziel ist der selbstbestimmte Umgang, die Integration der unterschiedlichen Bedürfnisse beider Partner. Eine dialektische Haltung des Beraters mit Entlastung und Ermutigung und gleichzeitig Ansprache der zu setzenden Grenzen eröffnet „Denk- und Suchprozesse“.

7.5 Eröffnung neuer Lebensziele

Krisen können Menschen zu existentiellen Fragen herausfordern, auf den Sinn unseres Daseins aufmerksam werden lassen. Dieser gestaltet sich für jeden Menschen unterschiedlich, der einzelne kann und muss eigene Werte und Ziele entwickeln (Wallraff, 2015). Erst wenn die Kontrolle wieder möglich, die Sprachlosigkeit überwunden und seelische Kraft wieder frei ist, kann das zukünftige Leben wertgeschätzt und jenseits der Kinderwunsches wiederentdeckt werden (Guttormsen, 1992).

Eine Alternative zum erfüllten Kinderwunsch, der Plan B, C, D etc., ist nach allen Studien eine Option, die früh in die Beratung von ungewollt kinderlosen Paaren einfließen sollte. Dieser Ansatz bezieht die Konfrontation mit einer erfolglosen ART-Behandlung mit ein. Von Anfang an, da Alternativen sich prozesshaft entwickeln müssen und der Reflektion beider Partner bedürfen, um sich ihrer Standpunkte und Bedürfnisse bewusst zu werden. Einen Abgleich zu erzielen und die Verhandlung entgegengesetzter Lebensentwürfe auszutarieren, ein Austausch der Partner und ihrer Foki, wird wichtig (BKID, 2014). Hier kann konkrete Hilfe zur Suche nach neuen Lebenszielen unter dem Aspekt der Selbstverantwortung nötig sein. Dies helfe, Alternativen nicht nur als Symbole einer Niederlage, sondern als zukunftsweisende, ebenso lebens- und sinnerfüllende Perspektiven in den Blick zu bekommen. Die Integrationsmöglichkeit bildet die Chance zur Bildung und Weiterentwicklung der persönlichen Identität, das notwendige Gefühl der Einzigartigkeit, jenseits des Mutter- bzw. Vater-Seins zu erlangen. Wichtig ist die Zufriedenheit mit dem eigenen, individuellen Lebensverlauf, mit dem, was man geworden ist und wie das eigene Leben gestaltet worden ist. Diese Entwicklung setzt in erster Linie das Recht auf Selbstbestimmung voraus (Schmidhuber, 2013, S. 137 f.). Rinke (2014, S. 308) führt das verhaltenstherapeutische Konzept der Acceptance – und Commitment-Therapie nach Hayes an, das für ungewollt

Kinderlose erprobt sei. Es betone die Annahme des Schmerzes sowie die Wertschätzung zukünftiger, langfristiger Veränderungen. Bei der Akzeptanz der Situation können das Alter und seine hiermit verbundenen bekannten Risiken für eine Schwangerschaft sowie die Offenheit für zu verändernde private wie berufliche Gegebenheiten eine große Rolle spielen.

Die Einstellung zur ungewollten Kinderlosigkeit verändert sich im Lebensverlauf. 27% der Frauen und Männer, die kinderlos sind, lösen sich von ihrem Kinderwunsch und suchen nach neuen Optionen der Sinnggebung und Gestaltung ihres zukünftigen Lebens. Jenseits der 40 ist eine deutliche Abnahme des Anteiles ungewollt Kinderloser zu verzeichnen, deren Wahrheitsgehalt aus den bereits diskutierten Gründen angezweifelt werden kann (BMFSFJ, 2015 a).

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, sinnvolle Erinnerungen im Leben zurückzulassen. Der Phantasie, die „bejahenden Ausdrucksweisen“ der eigenen Existenz im Geben anstatt im Haben-Wollen auszuleben, sollten alle Möglichkeiten offen stehen (Stammer et al., 2004). Neue Perspektiven können z.B.: Adoption, Pflegschaft, Engagement in der Jugendarbeit, Übernahme von Patenschaften, berufliche Neuorientierung oder ein Wohnortwechsel sein. Der unerfüllte Kinderwunsch wird lange Zeit bei beiden Partnern seine Spuren hinterlassen und ihr Leben und ihre Einstellungen nachhaltig beeinflussen. In der Gesellschaft der Moderne ist eher der Kampf um etwas, was erreicht werden soll, das erlernte Muster, was helfen soll. Ein Schicksal als solches zu akzeptieren, Geduld und Annahme, sich mit Dingen, die wir nicht ändern können, abzufinden, sind in einer Leistungsgesellschaft nicht hoch angesehen und kein (geachtetes) Basisprinzip (Nellissen, 2007).

Das Ziel einer psychosozialen Beratung ist das Aushalten, Annehmen und die Akzeptanz eines Lebens, das jenseits der eigenen Beherrschbarkeit liegt. Dann kann die Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit die Chance eröffnen, sich früh mit dem auseinanderzusetzen, was für alle Menschen gilt: Leben ist nicht planbar, es unterliegt Gesetzmäßigkeiten, die sich unserer Macht entziehen – und es ist endlich.

8. Die Beratungslandschaft – Historie, Angebot, Wirksamkeit und Grenzen

Die ESHRE – European Society for Human Reproduction and Embryology“ unterscheidet in ihrer Leitlinie drei Formen der Beratungsoptionen bei ungewollter Kinderlosigkeit (Boivin & Kentenich, 2002; Wischmann, 2014 a):

1. „Implication and decision-making Counselling: Prüfung der Möglichkeiten und Folgen einer Behandlung verbunden mit Aufklärung“- Medizinische Beratung
2. Crisis-Counselling and „Emotional Support - Psychosoziale Beratungsfachkraft
3. Therapeutic Counselling – Psychologe oder Ärztlicher Psychotherapeut

In Deutschland wird neben der medizinischen Beratung ein genereller Zugang für alle Paare für den zweiten Punkt empfohlen: niedrigschwellig, leicht verfügbar mit dem Ziel der Linderung der Belastung in allen Phasen der ungewollten Kinderlosigkeit. In Interviews befragte Frauen und Männer, die Beteiligung lag bei 70% der Befragten, zeigten eindeutig Erleichterung, sich über ihre Probleme endlich äußern zu können (Beyer et al, 2004, S. 337). Ebenso berichtet Onnen-Isemann (2000 a) von einer hohen Bereitschaft und Offenheit von Frauen, die durch einen Aufruf in einer Frauenzeitschrift für telefonische Interviews akquiriert

wurden. Sie begründet dies mit einem hohen Gesprächsbedarf, verbunden mit dem Wunsch nach Anonymisierung und eines verfügbaren Ansprechpartners. Wischmann (1998, S. 119) fordert nach seinen Erhebungen eine flexible zeitliche Gestaltung von Beratungs- und Therapieangeboten entsprechend der Bedürfnisse der Ratsuchenden mit einem „neutralen Dritten“. Beratung wird angenommen, wenn sie die Ratsuchenden offen auf ihr Thema anspricht und zuhört, explizit auf ihre individuellen Bedürfnisse eingeht und für das Klientel gut erreichbar ist.

8.1 Historie der institutionellen Beratungsangebote

Bis Ende der neunziger Jahre gab es in Deutschland keine explizit verfassten Konzepte zur Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch. Die rasche Entwicklung der reproduktionsmedizinischen Behandlungen initiierte an mehreren Universitäten eine Vielzahl von Untersuchungen, die sich mit den folgenden Fragen beschäftigten:

- Gibt es psychologische Unterschiede zwischen infertilen und fertilen Paaren?
- Welche psychischen Auswirkungen haben ART-Behandlungen oder die endgültige Diagnose Unfruchtbarkeit auf die Paare?
- Welche Standards sind für die psychosoziale Beratung erforderlich?
- Wie kann eine flächendeckende Implementierung begleitender Beratung gewährleistet werden?

Vorreiter zur Entwicklung eines ersten Beratungskonzeptes und dessen Evaluation war das Projekt der „Heidelberger Kinderwunsch Sprechstunde“ (Wischmann, 1998). Es widerlegte zum einen die weit verbreitete Vorstellung, dass psychosoziale Beratung vorrangig das Ziel haben könnte, eine psychisch bedingte Ursache des unerfüllten Kinderwunsches zu erkunden. Zum zweiten stellte sie die Forderung, dass sie an den individuellen Wünschen und Befürchtungen der Paare orientiert sein und ihr Leiden an der Unfruchtbarkeit in jeder Lebens- und Behandlungs- Phase nachweislich vermindern sollte.

Stöbel-Richter et al. (2011) zeigten mit ihrer Pilotstudie zum Stellenwert der psychosozialen Beratung, dass eine Kooperation mit den ART-Zentren nur unbefriedigend erfolgt. Im Jahre 2012 erschien die Erhebung „Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland“ des BMFSFJ mit den Forderungen nach der öffentlichen Entstigmatisierung ungewollt kinderloser Paare, der festen Verankerung der psychosozialen Beratung neben der medizinischen Versorgung sowie der Qualitätssicherung für die Variabilität der Fragestellungen in der Beratung (BMFSFJ, 2012). Die BZgA publizierte 2012 zur breiten Information der Öffentlichkeit und Enttabuisierung des Themas ein kostenloses Broschüren-Set mit medizinischen Basisinformationen (2012 a-c). Ebenso erschien im gleichen Jahr mit dem Sammelband „Kinderwunsch“ eine informative Übersicht von den soziologischen Faktoren über die Gründe der Infertilität bis hin zu den Themen rund um die ART-Behandlungen für Betroffene wie Professionelle (BZgA, 2012 e). „SARA“, ein Modellprojekt der engen Zusammenarbeit einer psychosozialen Beratung mit einem Klinikum, initiiert vom Staatsinstitut für Familienforschung in Bayern, hat als Resultat ihrer Erfahrungen einen „Best-Practice-Leitfaden“ für die psychosoziale Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit konzipiert (Mayer-Lewis, 2014). International sind mit den „Guidelines for good practice in infertility counselling“ der BICA (British Infertility Counselling Association, 2007) in Großbritannien die Qualität der

psychosozialen Beratung gesichert, in der USA ist die ASRM (American Society for Reproductive Medicine) federführend. Die ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) hat die "Guidelines for counselling in Infertility" (Boivin & Kentenich, 2002) 2014 aktualisiert. Weitere Organisationen gibt es in Kanada, Japan, Lateinamerika und in der Schweiz. Im Jahre 2002 haben sich die nationalen Organisationen zur IICO (International Infertility Counselling Organisation) zusammengeschlossen (Thorn, 2009). Die Leitlinien bieten neben den begleitenden Publikationen in Fachzeitschriften einen Überblick über die Fragestellungen bei Kinderwunsch, die ART-Methoden und die auftauchende Problematik bei der Diagnose Infertilität. Eine obligate Beratung vor ART-Maßnahmen gibt es in Australien im Bundesstaat Victoria, ausgehend von der Australian & New Zealand Infertility Counsellors Association (ANZICA) (BMFSFJ, 2012, S. 35 f.).

8.2 Ein Spektrum an Beratungsangeboten

Die aktuelle Beratungslandschaft zur Bewältigung ungewollter Kinderlosigkeit in Deutschland bietet ein Spektrum von an medizinische Institutionen angeschlossenen Beratungseinrichtungen über niedergelassene psychologische Beratungsoptionen bis hin zu Counseling-Angeboten im Rahmen der Schwangerschaftsberatung. Es existieren sowohl externe als auch interne, d.h. in Zentren der Reproduktionsmedizin integrierte psychosoziale Beratungsangebote. Federführend in Deutschland ist das BKiD: Die deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung, Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland, 2000 gegründet: Mit 140 Mitgliedern ist es ein multiprofessioneller Zusammenschluss psychosozialer Berater mit internationalem Anschluss als Teil der IICO (s.o.). Mit der Erstellung der wissenschaftlichen Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Kentenich et al., 2014) hat BKiD den wichtigen Grundstein zur Qualitätssicherung der begleitenden Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit gelegt. Ein Handbuch (Wischmann, 2008), ein Fortbildungsmanual (2014) für die Aus- und Weiterbildung von BeraterInnen, ein Ratgeber für betroffene Klienten (Wallraff et al., 2015) sowie eine Website (www.BKiD.de) mit detaillierten Informationen und Kontaktadressen für Klienten ergänzen das qualifizierte, stets aktualisierte und umfangreiche professionelle Angebot. Weiterbildungen und langjährige Erfahrungen in der Beratung bei Infertilität sind Voraussetzungen, um die BKID-Zertifizierung als BeraterIn zu erhalten und Mitglied zu werden. Jenseits dessen bieten pro pro familia, Donum vitae, Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband oder der Sozialdienst katholischer Frauen Unterstützung an. All diesen Beratungsangeboten ist die Zentrierung um eine ART-Behandlung gemeinsam: Sie bieten Orientierung, Klarheit, Informationen zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Wissen und Förderung von Bearbeitungs- und Bewältigungskompetenzen.

8.2.1 Interne Beratungsangebote - Psychosoziale Angebote an ART-Zentren

Die Bundesärztekammer (BÄK) schreibt Reproduktionsmedizinern vor, auf ein psychosoziales Angebot explizit hinzuweisen. Unklar ist, wer diese Beratung durchführen sollte. Es gibt Empfehlungen, dass dies ein von der Behandlung unabhängiger Arzt sein muss oder die Kooperation mit einer Beratungsstelle anzustreben sei. Die Studie des BMFSFJ (2015 a, S. 125) zeigt auf, dass dieser Hinweis nur bei 43% (38% der Frauen und 50% der Männer) der

Patienten im Zuge von ART-Behandlungen gemäß ihrer Wahrnehmung gegeben wurde. 21% (25% der Männer, 18% der Frauen) wurden von ihrem niedergelassenen Gynäkologen selbst beraten, der allein mit der Qualifikation einer psychosomatischen Grundversorgung (80 Std.) eine spezifisch ausgebildete Fachkraft nicht kompensieren bzw. ersetzen kann. Sie sind oft die erste Adresse für die Paare und scheinen eher auf Angebote, wenn sie ihnen bekannt sind und professionelle Hilfe anbieten, zu verweisen als die Reproduktionsmediziner selbst. Es wird damit deutlich, dass ein Aufklärungsbedarf der behandelnden Ärzte und Ärztinnen darüber besteht, was eine professionelle psychosoziale Beratung leisten kann und dass diese ein selbstverständlicher, integrativ anzubietender Pflichtbestandteil im Routineablauf der ART-Behandlungen sein muss. Selbst im Internetauftritt der Kinderwunschzentren ist der Hinweis auf psychosoziale Begleitung unterrepräsentiert, weswegen sie sogar dort wenig genutzt wird (BKID, 2014). Nur 4% der Frauen und 2% der Männer nehmen das Angebot wahr, obwohl der „Bedarf aufgrund der emotionalen wie körperlichen, sozialen und ökonomischen Belastung erheblich ist“ (BMFSFJ, 2015 a, S. 126 f.). Oftmals gibt es bei den integrierten Angeboten Bedenken bezüglich der Vertraulichkeit, der Neutralität und der Ängste vor erwarteten negativen Folgen. Paare außerhalb von ART-Behandlungen werden auf diese integrierten Angebote nicht aufmerksam.

Thorn und Wischmann fordern den „obligatorischen Hinweis und dessen Dokumentation“ auf eine unabhängige, frei zu wählende Beratungsstelle durch den behandelnden Arzt als regulären Bestandteil in der medizinischen Versorgung (BKID, 2014, S. 57 ff.).

8.2.2 Externe Beratungsangebote - Face to face- oder Gruppen-Angebote

Die externen Beratungsangebote liegen zu 91% in katholischer Trägerschaft und sehen ihren Auftrag weniger in der Beratung zur Reproduktionsmedizin als in der Begleitung Schwangerer in psychischen wie finanziellen Notlagen (Caritas, Diakonie, Sozialdienst katholischer Frauen). Ausnahmen bilden die AWO, pro familia und Donum vitae, die regional spezifizierte Angebote vorweisen. Dies sind zum Beispiel Gruppenangebote unter Anleitung einer ausgebildeten Fachkraft, die den gewünschten Austausch von Erfahrungen und Gefühlen, Normalisierung und Offenlegen der eigenen Probleme sowie das Kennenlernen neuer, alternativer Verarbeitungsstrategien ermöglichen. Ebenso wie niedergelassene BeraterInnen verzeichnen sie selten eine Überweisung von ART-Zentren, der Bekanntheitsgrad gelingt durch Mund-zu-Mund-Propaganda und wird als steigerungsfähig dokumentiert.

8.2.3 Internet- bzw. Online- Beratungsangebote

Was ist unter Online-Beratung zu verstehen? „Bei aller Unschärfe einer einfachen Definition ist Onlineberatung eine computergestützte, medial vermittelte und interaktiv stattfindende Beratung“, die die Infrastruktur des Internets voraussetzt (Gehrmann, 2014, S. 66).

Ihre Kriterien sind (Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S. 12):

- „Nutzung eines speziellen „virtuellen“ Beratungsraumes
- Theoriegeleitete Interventionsstrategien (Antwortmodalitäten)
- Anwendung eines Prozessmodelles
- Beratungskontrakt (Setting, Frequenz, Dauer, Nutzungsbedingungen)
- Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit

Onlineberatung besteht aus der Option zur E-Mail- oder Chatberatung sowie der Beratung in Foren, die in zwei Formen stattfinden kann (Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S.2).

1. Synchron/Asynchron textgebunden, also per Brief, Email oder Fax, wobei die Mitteilungen mit zeitlicher Verzögerung übermittelt werden und die Kopräsenz nicht zwingend ist.
2. Synchron textgebunden via Chat, Videochat, Avatare (künstliche Person oder eine Grafikfigur, die einem Internetbenutzer in der virtuellen Welt zugeordnet wird) oder per Internettelefon: ein unmittelbarer, nahezu zeitsynchroner Austausch, ohne am selben Ort sein zu müssen.

Der Sammelbegriff für Onlineberatung bzw.- therapie ist E-Mental-Health. In Deutschland ist bis dato eine ausschließliche Onlineberatung erlaubt, eine allein internetbasierte Psychotherapie verboten (Engelhardt & Storch, 2013).

Zunehmend gewinnt das Internet als spontane Hilfe bei Gesundheitsfragen an Bedeutung (Eichenberg, 2012). Für ungewollt Kinderlose gibt es eine große Anzahl von Selbsthilfeportalen, Blogs und Foren im Internet: z.B. Klein-putz. e.V. oder Wunschkind e.V. Es sind Vereinigungen von Selbsthilfegruppen, eventuell mit der Initiierung regionaler Gruppen, allerdings ohne fachlich kompetente Begleitungen bzw. Moderation. Das Gefühl zu einer virtuellen Gruppe (SOVC: sense of virtual community) zu gehören, ist ein deutlich positiver Faktor zur Linderung infertilitätsbezogenen Stresses (Kentenich et al, 2014, S. 57). Von diesen Gruppen geht eine unverzichtbare Kraft und Initiative für Öffentlichkeitsarbeit, sozialrechtlichen wie finanziellen und juristischen Verbesserungen aus. Die Problematik der Beratungskompetenz liegt auf der Hand: falsche oder irreführende Informationen bzw. Unterstützung durch die Erlebnisberichte anderer bzw. unqualifizierte, subjektiv empfundene Hilfe. Die Vorteile sind implizit: Anonymisierung bei gleicher Chance in ein breites Spektrum persönlicher, jedoch von der eigenen Situation variierender Erfahrungshorizonte Einblick zu erhalten in direkt lesbaren Mitteilungen. Ebenso sind ein schneller, unabhängig von jeder Tageszeit möglicher Austausch und damit die Chance von Entlastungsmöglichkeiten gewährt. Insbesondere jüngere Frauen nehmen diese mediale Form der Unterstützungs- und Informationsorientierung vermehrt wahr.

Es entsteht die Forderung nach Etablierung seriöser und kompetenter Internetseiten sowie Hinweisen von medizinischen Fachkräften auf ebensolche. Ungewollt Kinderlose vermissen professionelle, kompetente Foren und Zugänge, die es ihnen ermöglichen, sich mit dem Thema vertraut zu machen, sich auszutauschen und gleichzeitig professionelle Erkenntnisse aus medizinischer wie psychosozialer Hinsicht zu erhalten (BMFSFJ, 2015 a, S. 136). Dabei rangiert ein Internetforum in der Wertschätzung aufgrund der permanenten Verfügbarkeit und der Kontrollierbarkeit höher als eine Selbsthilfegruppe. Cousineau et al. (2008) konzipierten in Amerika ein CD-ROM basiertes Hilfeprogramm für Paare vor und während ART-Behandlungen. Es erweist sich in den Bereichen Stressreduktion, Selbstwirksamkeit und Informationsvermittlung zu Infertilität als wirksam und unterstützt Entscheidungsfähigkeit und Coping. In der Schweiz gibt es ein von den Nutzern als sehr positiv eingestuftes 8-wöchiges Online-Coaching-Programm (www.kinderwunsch.online-therapy.ch) von Hämmerli et al. (2010), welches mit interaktiven Selbsthilfeelementen und regelmäßigen virtuellen

Kontakten mit dem Therapeuten arbeitet. Als Vorteile werden die Anonymität, die das „freie Schreiben und Mitteilen erleichtert“ und die flexible Zeiteinteilung benannt.

9. Nutzung der bisherigen Beratungsangebote

9.1 Die geringe Inanspruchnahme

Wippermann spricht von potentiell 67% der kinderlosen Frauen und 47% der kinderlosen Männer, die Interesse an einer psychosozialen Beratung haben (BMFSFJ, 2015 a, S. 121). Es bestehe sogar bei denjenigen der Wunsch nach Beratung, die den Kinderwunsch aktuell verschieben möchten. Trotz des in dieser Studie angegebenen hohen Bedürfnisses und der Beständigkeit der Nutzung nach erfolgtem Beratungsbeginn, wird das vorhandene, vielfältige Angebot nur mit einem Anteil von 2% der Befragten in Anspruch genommen (3,4 % der Frauen, 0,4 % der Männer; ebd., S. 141). Dies geschieht zumeist im Rahmen von ART-Behandlungen (TAB, 2010), die am meisten von Akademikern genutzt werden, und „deckt“ somit nur einen Ausschnitt des potentiellen Klientels ab. Externe Beratungsstellen sprechen von einer durchschnittlichen Beratungsfrequenz von einem Mal im Monat, niedergelassene bzw. an ART-Zentren angeschlossene Angebote von einem Mal täglich (BKID, 2014, S. 58). Insgesamt besteht eine große emotionale, tief verwurzelte Hemmschwelle gegen diese (unbekannte) Form der Beratung. Es fällt schwer über ungewollte Kinderlosigkeit zu sprechen. Dies ist weitgehend unabhängig davon, ob die Beratung von einer Frau oder einem Mann (66% der Männer, 76% der Frauen ist es egal) oder welcher Art von Einrichtung (kirchlich, staatlich, niedergelassenen) sie durchgeführt wird (BMFSFJ, 2015 a, S. 146 ff.).

Weshalb informieren sich selbst Betroffene nicht aktiv, welche ergänzenden Unterstützungsangebote sie für sich in Anspruch nehmen könnten, um ihr Leiden zu verringern?

Als optionale Gründe werden angeführt:

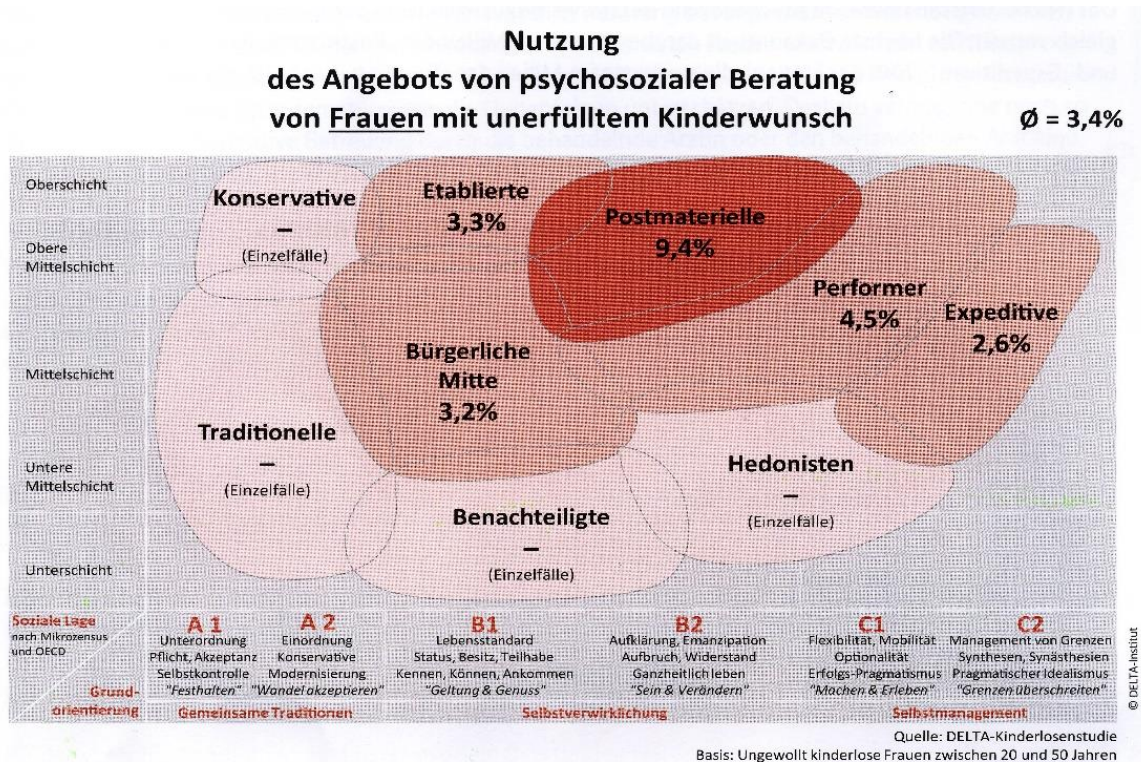
1. Sie gehen davon aus, dass sie alleine damit fertig werden können bzw. müssen.
2. Sie glauben, dass die Unterstützung ihres sozialen Umfeldes für ihre empfundene Traurigkeit ausreichend ist (Boivin, 1999).
3. Die Tabuisierung und Stigmatisierung des Themas, die lieber das Schweigen über die eigene „Unvollkommenheit“ zur Folge hat.
4. Eine große Hemmschwelle und Angst, sich gegenüber einer fremden Person zu öffnen.
5. Der psychologische Berater wird als Detektiv gesehen, der unbewusste, befürchtete Konflikte aufspüren könnte.
6. Der Wunsch, das Thema „schnell“ hinter sich zu lassen, nicht mehr darüber zu reden.
7. Fehlende Informationen, dass es Psychosoziale Beratung gibt und welchen Sinn sie hat (39% der Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren, 44% der Frauen zwischen 40-50 Jahren (BMFSFJ, 2015 a, S. 109).
8. Mangel an Motivation zur Suche oder des Bewusstseins, dass diese ihnen helfen könnte
9. Informationsdefizit über den Rechtsanspruch und die kostenlose Beratungsoption (Boivin, 1999)
10. Mangel an niederschweligen, gut und bei akutem Bedarf zu erreichenden Angeboten, die in die strukturierte Terminplanung zu integrieren sind (60% der Frauen, 47% der Männer würden diese sonst nutzen (BMFSFJ, ebd.).

Fünf weitere Aspekte der in den Studien diskutierten Grenzen für die etablierten Beratungsangebote erscheinen in Anbetracht der Fragestellung dieser Arbeit von besonderer Bedeutung.

1. Die Inanspruchnahme erfolgt generell mehr im Rahmen von ART-Behandlungen und dessen selektivem Klientel. Die Studie von Hölzle et al. (2000) ergab, dass insbesondere Paare jenseits von ART-Behandlungen (eigentlich) offen für psychologische Beratungsangebote seien. Dies gründe sich auf dem hohen Beschwerdedruck dieser Paare mit depressiver Grundstimmung (Frauen im Durchschnitt depressiver als die Männer im Vergleich zur Norm (Kentenich et al., 2014)), einer Unzufriedenheit in ihrer Sexualität und mit ihrer Person. Sie sehen ihre Infertilität oft psychogen begründet und stufen ihre subjektive Belastung mangels kompatibler und passender Bewältigungsmöglichkeiten als sehr hoch ein, geben dies jedoch erst zu, nachdem sie sich für Beratung entschieden haben. Es sei deshalb wichtig, für diese Gruppe einen niedrigschwelligen Zugang bereitzustellen (Hämmerli et al., 2009, S. 112). Lechner et al. (2006) sehen den Bedarf bei Paaren mit der endgültigen Diagnose Infertilität.
2. Wippermann spricht von einem hohen Risiko für Neben- und Spätfolgen aufgrund der wechselseitigen Beeinflussung der variierenden Belastungen und Verfestigungen nach der fruchtbaren Phase. Für diese Zeit gebe es derzeit keine Hilfe (BMFSFJ, 2015 a, S. 126). Beyer et al. (2004) sind für die Entwicklung von Beratungsangeboten speziell für das mittlere Erwachsenenalter, ihre Studie habe hier erhöhten Gesprächsbedarf festgestellt.
3. Männer nutzen die Angebote deutlich weniger als Frauen. Dieser Mangel einer auf das weibliche Geschlecht orientierten Ansprache wird sowohl von den Frauen als auch den Männern kritisiert. Der Auftritt der Beratungsstelle, die Identität des Beraters und die spezifischen eigenen Barrieren, sich zu öffnen, sind weitere Thesen der Begründung (BMFSFJ, 2015 a, S. 129). „82 % der Frauen und 69% der Männer wünschen sich Angebote und Formen, die innovativ sind und ihre spezifischen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse ganzheitlich in den Blick nehmen“ (BMFSFJ, 2015 b, S. 17).
4. Wischmann und Thorn konstatieren bisher eher psychoedukative und stringente sowie systemische Konzepte in der Beratung ungewollt kinderloser Paare, während tiefenpsychologische Ansätze und körpertherapeutisch orientierte Beratung eine untergeordnete Rolle spielen (BKID, 2014, S. 78).
5. Die zeitliche Begrenzung der nutzbaren Angebote, die eine Beratung auf das Thema unerfüllter Kinderwunsch reduziert, ohne die Exploration verborgener, anderer Themen zu ermöglichen. Hämmerli et al. (2009) führen positive Effekte der Interventionen bei mehr als sechs Sitzungen an.

9.2 Die DELTA-Milieus – Einstellungen zur psychosozialen Beratung

Abbildung 3:



Alle Prozentzahlen in der Graphik (Abbildung 3) beziehen sich auf die Frauen aus den Milieus, die sich der psychosozialen Beratung eher zugewandt zeigen.

In dem Milieu der „Postmaterielle“ existiert eine im Vergleich „hohe“ Akzeptanz der Beratungsangebote bei zu erwartender Kompetenz und unter der Voraussetzung, dass ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche beachtet werden. Die sozialen Milieus der „Expeditiven“, „Bürgerlichen Mitte“ sowie die „Etablierte“ und „Performer“ nehmen die Offerte kaum wahr. Die restlichen 4 Submilieus werden durch die bisherigen Angebote nicht angesprochen. „Benachteiligte“ fühlen ihre eher an praktischer Hilfe orientierten Bedürfnisse nicht berücksichtigt. Dies alles hilft nicht und ist für sie nicht gedacht oder erzeugt bei Inanspruchnahme Abwertung in der Partnerschaft oder in der Familie. „Hedonisten“ „verachten“ ein solches Angebot, ist es für sie doch gleichbedeutend mit „Besserwisserei“, erteilten Ratschlägen und einer Haltung, die sie, die „Unangepassten“, generell ablehnen. „Konservative“ empfinden Scham und Peinlichkeit, die auftauchenden Probleme nicht selber lösen zu können. Es wird in erster Linie auf die eigenen Lösungsmöglichkeiten und hochgehaltenen Werte zurückgegriffen: Stabilität, Selbstdisziplin, Souveränität, mentale Stärke. „Traditionelle“ verbinden mit dem Begriff „Psycho“ gleichsam Krank- bzw. Labil- Sein, ja fast nicht mehr normal zu funktionieren. Es ist eine mit Angst verbundene Vorstellung (BMFSFJ, 2015 b, S. 12 ff.).

Nach Wippermann (BMFSFJ, 2015a) braucht es ein zielgruppendifferenziertes und den sozialen Milieus angepasstes innovatives Konzept. Wichtig sei die genaue und unter dynamischen Gesichtspunkten gefasste Kenntnis und Analyse der Partnerschaftsform, des

Lebensalters, der Lebensphase, der Dauer des Leidenszeitraumes, der gewünschten Lebenspläne sowie des sozialen Milieus der Klienten mit ihren unbewusst vermittelten Direktiven. Alle diese Aspekte sind mitentscheidend für das Maß der Beeinträchtigung für jede einzelne Frau und jeden einzelnen Mann, die Partnerschaft, wenn ihr Kinderwunsch unerfüllt bleibt. Die Nutzung eines Beratungs-Angebotes wird selektiv bestimmt durch die Herkunft und die verinnerlichten Werte, die von der Zugehörigkeit zum sozialen Milieu determiniert sind. Es resultiert ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Ratsuchenden und der Wichtigkeit von Sprache. Eine abstrakt komplizierte, mit Fachausdrücken gespickte Wortwahl, die insbesondere Menschen mit geringeren Bildungsniveau überfordere, ist prädestiniert für Ablehnung und korreliert mit Abwehr und Distanz. Sie erfahren diese Art der Kommunikation häufig im Umgang mit Ärzten und Psychologen und fühlen sich unterlegen, minderwertig, können vieles nicht direkt verstehen. Es besteht eine Scheu nachzufragen, zumal es hier um etwas geht, was ihnen in ihrem Alltagsleben bisher nie wichtig gewesen sein durfte: um ihre eigenen Befindlichkeiten und Orientierungen. „Sprachlosigkeit“, die Scheu über das zu sprechen, was ich mir so sehr wünsche, oder die Scham, selber daran „schuld“ sein zu können, lasse sie mehr als andere versuchen, damit selbst fertig zu werden. Finanziell basierte Auswege wie eine ART-Behandlung werden aufgrund zumeist geringer Einkommen schnell ausgeschlossen. Wippermann spricht von einer „Privatisierung“ des Schmerzes in einer Schicht, in der Mutter- und Vater-Sein einer hohen milieuinternen Anerkennung unterliegt.

„Eine milieu- und geschlechterdifferenzierte Kommunikationsstrategie ist notwendig, keine Priorisierung von Zielgruppen nach dem Kriterium der Erreichbarkeit“.

(BMFSFJ, 2015 a, S. 156)

10. Anforderungen an ein innovatives Beratungsangebot

In Anbetracht der geringen Nutzung der bisherigen Angebote und gleichzeitigen Forderung nach alternativen Zugangswegen für alle ungewollt kinderlosen Paare bedarf es eines ergänzenden Beratungsangebotes mit einem hohen Anteil an Öffentlichkeitsarbeit und Zielgruppenorientiertheit. Wippermann, Wischmann und Thorn (BKID, 2014) fordern ein breites, frühzeitig angelegtes, aktives Informationsangebot für ungewollt Kinderlose auf allen Ebenen der Möglichkeiten: Flyer, Anzeigen, Artikel und Erfahrungsberichte, professionelle Websites mit Informationsmöglichkeiten, Vernetzung aller beteiligten Professionen und Multiplikatoren sowie eine entsprechende Kommunikationsstrategie.

Transparenz, Normalisierung, Akzeptanz auf allen Ebenen und das Sich-Angenommen-Fühlen in jeder Phase der ungewollten Kinderlosigkeit sind Grundprinzipien, um die Hemmungen und Barrieren zu verringern, das Klientel umfassend zu erreichen und deren Leiden individuell zu vermindern. Die Ansprache sollte in präventiver Art wie für die akute Situation als auch in nachsorgender Hinsicht erfolgen. Alle haben einen Anspruch auf ein Beratungsangebot in einer existentiellen Krise, aus der es schwer fallen kann, aus eigener Kraft den Weg in ein gelingendes und zufriedenes Leben (zurück) zu finden. Bereits vor über 20 Jahren setzte sich Guttormsen (1992) für die Etablierung von Angeboten ein, die kontinuierlich und in kurzen Abständen bei größtmöglicher Flexibilität in der Absprache und Anpassung nutzbar sein sollten.

In den neueren Studien soll das Augenmerk auf diejenigen gelegt werden, die von sich aus ein solches weniger in Anspruch nehmen werden, es nicht gewohnt sind, Hilfe zu suchen: Es sind dies Männer und ungewollt Kinderlose aus den Schichten Benachteiligte und Hedonisten bzw. Traditionelle und Konservative (BMFSFJ, 2015 a, S. 20).

Eine Zusammenfassung aus den Studien ergibt folgenden Kriterienkatalog, den ein perspektivisch orientiertes Beratungsangebot erfüllen sollte (BMFSFJ, 2012, S. 102 ff.).

1. Konzeptualisierung als eigenes Beratungsthema
 - Option zur zielgruppenspezifischen Kommunikation
 - Alters-, geschlechts- und milieuerorientierte Ansprache
2. Öffentlichkeitsarbeit
 - Formale Verankerung in der medizinischen Versorgung
 - ❖ Verpflichtende Hinweise von allen medizinischen Berufsgruppen
 - breites und umfassendes Angebot
 - ein interdisziplinäres Angebot: Kooperation und Vernetzung als Voraussetzung
 - Bekanntheitsgrad in relevanten Fachkreisen
3. Prävention und Information
 - Frühzeitige (Sexual-) Aufklärung zur (Un-) Fruchtbarkeit im Lebenslauf und zu fertilitätsvermindernden Faktoren
 - Prophylaxe zur Bewältigung in der Partnerschaft
 - Aufklärung über Grenzen und Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin
 - Öffentliches Bewusstsein für genderspezifische Zuschreibung von Identitäten
 - Enttabuisierung und Entstigmatisierung
4. Qualitätssicherung
 - Qualifizierung der Beratungsfachkräfte
 - Fachliche Kompetenz zu den Belastungen bei ungewollter Kinderlosigkeit
 - ❖ Paarberatung inklusive aller relevanten Themen
 - ❖ Stress- und Trauerbewältigung
 - ❖ Alternative Lebensziele
 - Dokumentationspflicht
5. Orientierung an den Erfahrungen und Bedürfnissen der Betroffenen
 - Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit (Einzel- und moderierte Gruppenangebote)
 - Kostenfreies Angebot
 - Keine Wartezeiten, akute Entlastungsmöglichkeit, Kriseninterventionsangebote
 - Senken der Hemmschwellen – einfacher Zugang, regionale Erreichbarkeit, Anonymität
 - Angebote von Komm- und Gehstrukturen (Flexibilität des Settings)
 - Flexible Sprech- und Öffnungszeiten, offene Terminierung

Einschränkungen im Gesundheitswesen lassen die Forderung nach ökonomischen, evaluierten und professionellen Angeboten immer lauter werden (Hölzle et al., 2000). Kristina Schröder, die ehemalige Familienministerin, forderte 2013 ein „gesellschaftliches Klima der Akzeptanz der Vielfalt von Lebensmodellen“ ebenso wie eine „Zielorientierung der

Information und Ansprache in der Familienplanungsphase“ (BZgA, 2012 e, S. 5). Manuela Schwesig, aktuelle Familienministerin, erklärt: Es ist wichtig, „sehr viel frühzeitiger und deutlicher, über die Gründe und Ursachen von Unfruchtbarkeit im Lebensverlauf und ungewollter Kinderlosigkeit aufzuklären. Ein unerfüllter Kinderwunsch hat viele Facetten, deshalb müssen wir die Tabuisierung der Thematik beseitigen und die Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung sehr ernst nehmen“ (BMFSFJ, 2015 a).

Was wünschen sich die Betroffenen von einer Psychosozialen Beratung?

1. Fachspezifische, kompetente und professionelle Qualifikation
2. (Örtliche) Kopplung von medizinischer Behandlung und Psychosozialer Beratung, die direkte Anbindung an ein Reproduktionsmedizinisches Zentrum. Als Begründung werden die Ersparnis langer Wege und ein verminderter Zeitaufwand genannt.
3. Paarberatung (63% der Betroffenen) liegt weit oben in der Skala (Mayer-Lewis, 2014).
4. Einzelberatung (39%) und Gruppenberatung (12%) rangieren mit deutlichem Abstand
5. Entwicklung spezifischer Beratungsangebote für Männer und Frauen im Rahmen von Gender-Mainstreaming
6. Spezifisch ausgewiesene Angebote für ein lesbisches bzw. schwules Klientel
7. Option zur längerfristigen Beratung für Paare und Einzelpersonen

11. Die Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung

Die katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung ist ein spezifisches Fachangebot für Paare, Familie und Einzelpersonen, die in Beziehungsfragen und Lebenskrisen oder bei sozialen Problemen Rat und Orientierung suchen. Als „pastoraler und psychologischer Fachdienst“ bietet sie professionelle Unterstützung und Begleitung auf der Grundlage des christlichen Glaubens und des kirchlichen Leitbildes von Ehe und Familie (Deutsche Bischofskonferenz, 2010). Sie antwortet auf die Nöte und Anliegen in den kritischen Lebensphasen der Menschen und dem erforderlichen Wandel in Partnerschaft, um mit ihnen gute Entscheidungen für ein gelingendes Leben zu erarbeiten (Bischof Genn; zit. nach Bistum Münster, 2015).

11.1 Gesellschaftliche und seelsorgerische Aufgabe

Beratung wird zunehmend wichtiger in einer Welt, in der bisher gültige Normen und gesellschaftliche Erwartungen mehr und mehr in Frage gestellt werden. Die Pluralisierung der Lebensformen, korrespondierend mit einer Fülle von Handlungsoptionen, erfordert von einzelnen Menschen immer wieder neue Entscheidungen, die zwangsläufig andere Möglichkeiten ausschließen. Die Verantwortung für den einen Weg und gegen den anderen liegt einzig allein bei jedem selbst und ist mit dem Wunsch verbunden, die Risiken für sich selbst möglichst zu vermindern und Sicherheit zu erlangen. Ist das Resultat eines eingeschlagenen Weges mit einer Lebenskrise verbunden, fällt die Verarbeitung derselben umso schwerer, ist sie doch selbstbestimmt worden. Es wird verständlich, dass Lebensverläufe heute weniger als früher strukturiert verlaufen, eine Vermehrung des (gefühlten) „Scheiterns“ ist zu beobachten. Gerade an diesen Stellen möchte EFL-Beratung einen „Hoffnungsraum“ in Kirche und Gesellschaft anbieten, wo Scheitern und Schuld, Not und Leid die Menschen

bis an die Grenzen ihrer Existenz und ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bringen können (Sautermeister, 2013, S. 97).

Beratung im Sinne des pastoralen Auftrages der Seelsorge hat als Schnittpunkt von Kirche und Gesellschaft die Aufgabe, die entstehende, im Laufe der Zeit variierende Not der Menschen transparent und bewusst werden zu lassen. Hierzu gehört, dass wir in einer Gesellschaft leben, in der das Treffen von Entscheidungen gerade in Lebensfragen und einer Lebensgestaltung ohne Grenzen schwieriger geworden ist. Auf der anderen Seite steht die Einsicht, dass „zum Mensch-Sein eine Grenze“ dazu gehört (Kardinal Lehmann, 2007). Die gesellschaftliche Umorientierung vom tradierten Kind-zentrierten Familienmodell zum modernen partnerschaftlichen Modell bei sinkenden Geburtsraten und romantisch, ideell geprägten Erwartungen an Partnerschaft beeinträchtigen das Gelingen von Partnerschaft erheblich. Dies spiegelt sich in der EFL-Paar-Beratung wider und hebt ihre Bedeutung für Wirtschaft, Demografie, Sozialleben und die psychische Stabilität hervor (Schmidt; zit. nach Bundeskonferenz, 2011).

Die Institution der EFL-Beratung soll (Bundesverband, 2013)....

- als Wegkreuzung von Kirche und Gesellschaft fungieren.
- als Seismograph für Veränderungen von Abhängigkeiten der Menschen dienen.
- für alle Menschen ohne jede Zugangsvoraussetzung offen und kostenfrei sein.
- Vernetzung und Kooperation ermöglichen.
- als Dienstleister präventiv und unterstützend tätig sein.
- fachliche Weiterbildung und Qualifikation garantieren.

11.2 EFL-Beratung - Auftrag, Angebot, Ziele und Themen

Der Grundauftrag der Ehe-, Familien- und Lebensberatung ist (Amtsblatt des Erzbistums Köln, 2006, S. 210).....

- die Solidarität Gottes mit den Menschen erfahrbar werden zu lassen.
- die Menschen auf dem Weg zu Ehe und Familie ebenso wie auf dem Weg als Ehe und Familie zu begleiten.
- die Menschen in kritischen Lebensphasen und schwierigen Lebensentscheidungen zu unterstützen.
- den Ratsuchenden die Erfahrung zu ermöglichen, selbst im Scheitern von Gott und den Menschen getragen zu sein und Sinn zu erfahren.
- eine Antwort auf das Warum des Leidens zu vermitteln und zur Überwindung beizutragen, um ein Leben in Fülle zu ermöglichen.

Ihr Angebot umfasst unter anderem (Amtsblatt des Erzbistums Köln, 2006, S. 211):

- Professionelle Hilfe in Form psychologischer Beratung für Menschen in persönlichen, partnerschaftlichen, ehelichen und familiären Konflikten und Krisen.
- Arbeit im Einzel-, Paar-, Familien- und/oder Gruppensetting und in der Internetberatung.
- Übungszentrierte Programme, die präventiv der Entwicklung von schwerwiegenden und dauerhaften Problemen vorbeugen.

Ihre Ziele sind, dass (Amtsblatt des Erzbistums Köln, 2006, S. 211).....

- Menschen in Konfliktsituationen ihre Ressourcen wiederentdecken und in der Krise Chancen für sich erkennen können.
- Menschen Einsicht in Gründe und Korrelationen von Konflikten haben und Veränderungen initiieren können.
- Menschen eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte eröffnet wird.
- kommunikative, partnerschaftliche wie elterliche Kompetenzen vermittelt werden.

EFL-Beratung bewegt sich im Spektrum der bedeutsamen und existentiellen Fragen menschlicher Existenz: der Sehnsucht nach dem nicht gelebtem Leben, der Bewältigung von Verlusten, Umgang mit der Unvollkommenheit und den Schuldfragen. Stets agieren Ratsuchende wie BeraterInnen auf der Folie der basalen Sinnfragen, nach ihrem Glauben, der Hoffnung und den Anforderungen an Mensch-Sein in dieser Welt (Wilbertz, 2011, S. 50).

11.3 Fachliche Qualifikation

Als psychologischer Fachdienst ist die EFL-Beratung ein professionelles Angebot der Seelsorge, das sich durch Methodenintegration auszeichnet (Sautermeister, 2013). EFL-BeraterInnen arbeiten in einem multiprofessionellen Team aus Theologen, Psychologen, Pädagogen etc. mit systemisch-, familien- und verhaltenstherapeutischen sowie psychodynamischen Ansätzen. Sie werden ergänzt durch spezielle Kompetenzen: Sexualtherapie, Gestalttherapie, Schematherapie, Traumatherapie, Krisenintervention uvm. Grundlage des professionellen Standards mit der verbindlichen 4jährigen Ausbildung zur Ehe-, Familien- und Lebens-Beraterin/Berater sind die Richtlinien des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familien- und Lebensberatung und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Telefonseelsorge und Offene Tür e.V.

11.4 Kompetenz Paarberatung

Im Zeitalter der Individualisierung, Pluralisierung, Modernisierung, Mobilisierung, Beschleunigung und Entgrenzung ist das Modell einer von den meisten Menschen ersehnten, stabilen Beziehung hohen individuellen, persönlichen und sozialen Herausforderungen ausgesetzt (Sautermeister, 2013). Die Qualität der Paarbeziehung ist auf allen Ebenen des physischen wie psychischen Wohlbefindens mitbestimmend. Aufgrund des Wertewandels und der Relevanz der Paarbeziehung für die Gesellschaft und die physische Stabilität jedes Einzelnen ist bei deren gleichzeitiger zunehmender Brüchigkeit die intensive Unterstützung der Kirche und Gesellschaft gefordert (Wonka; zit. nach Bistum Münster, 2015). Die kirchlichen EFL-Stellen sind die Hauptträger der Versorgung mit Paarberatung (Roesler, 2012). Schwerpunkt ist die „gesamte Palette der Paarbeziehungsprobleme unabhängig vom Alter, Familienstand und der Konfession der Klienten“ inklusive dem Schwerpunkt Sexualberatung. EFL-Paar-Beratung möchte bewirken, dass Partnerschaft wachsen kann, da diese zu einem gelingenden Leben dazu gehört. Liebe soll wieder fließen können, was gleichbedeutend ist, sich als geliebt fühlen zu können und die eigene Liebesfähigkeit wiederzuerlangen. Es ist die bedingungslose Annahme in der Partnerschaft im

Bewusstsein eigener Grenzen und eigenem Verschulden. Wenn dies in der Beratung gelingt, wirkt sie heilend und erfüllt ihre pastorale Aufgabe (Wilbertz, 2011, S. 50/51).

Stets ist auf das aktuelle Beziehungs-Erleben und -Verhalten im Verständnis zur lebensgeschichtlichen Entwicklung zu reflektieren. Die seelische Reifung eines jeden Menschen ist entscheidend mitbestimmt von seiner psychosozialen Entwicklung, die den verschiedenen Entwicklungsstufen angemessen sein sollte und stets mit Konflikten verbunden ist. Ist deren Verarbeitung unvollständig erfolgt, können Störungen in der eigenen Identitätsentwicklung und im Beziehungsverhalten die Folge sein. Diese Zusammenhänge für sich und den Partner transparent zu machen, ermöglicht ein Erkennen unbewusster Prozesse und Beziehungsmuster und fördert das Verständnis füreinander. Ein aktuell praktiziertes Verhalten war früher sinnvoll und notwendig, um die eigenen Bedürfnisse in den Herkunftsfamilien zu sichern. Heute kann es kontraproduktiv sein und ist in seinem aktuellen Nutzen zu hinterfragen. Beratung bedeutet im EFL-Sinne (mehrdimensionale) Beziehungsarbeit und Ermöglichen von Beziehungsfähigkeit, dass „Menschen in der verlässlichen Beziehung erleben, nachholen und üben können, was sie z.T. schmerzlich nicht erlernt oder vermisst haben in ihrem eigenen Leben. Auf der anderen Seite sitzen BeraterInnen mit Fach- und Methodenwissen, die mitschwingen und verlässlich für sie da sind“ (Kracht; zit. nach Bundesverband, 2013, S. 4).

„Beziehung heilt - das ist die tiefe Erfahrung christlicher Spiritualität“ (ebd., S. 5).

Schwerpunkte der Paar-Beratung sind (Sautermeister, 2013, S. 95).....

- Kommunikationsstörungen und Streitkultur in Partnerschaften
- Sexualitätsprobleme als sensibel-fragil verletzbares Medium der Paarbeziehung
- Beziehungsklärung
- Beziehungsrelevante Aspekte der Herkunftsfamilie und der Paargeschichte
- Affektive, stimmungsbezogene Probleme und Stressreduktion
- Probleme bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Probleme in Ausbildung und Beruf
- Entwicklung einer bejahenden Selbstbeziehung in der personalen Identität und authentischen Abgrenzung zum Anderen

11.4.1 Partnerschaftliche Kommunikationsprogramme

Mit den Kommunikationsprogrammen EPL (Gesprächstraining für junge Paare, Ehe-Vorbereitungsseminar), KEK (Gesprächstraining für länger andauernde Paarbeziehungen) und KOMKOM (Kommunikations-Kompetenztraining in der Paarberatung) haben die EFL-BeraterInnen kognitiv-behavioural basierte partnerschaftliche Lernprogramme zur Hand, die empirisch belegt die Gesprächskompetenz der Paare erhöhen. Nachweislich existiert ein korrelierter Zusammenhang zwischen der Qualität der Paarkommunikation und der Partnerschaftszufriedenheit. Als präventive oder kurative Trainingseinheiten zur Lösung von Kommunikations- und Problemlösedefiziten entwickelt, fördern sie das dyadische Coping der Paare, die Wertschätzung und gegenseitige Akzeptanz. Die Vermittlung angemessener

Coping- und Problemlösekompetenzen fördert die konstruktive Auseinandersetzung, den nonverbalen wie verbalen Austausch in der Partnerschaft und damit die Beziehungsqualität.

11.4.2 Stressreduktion mittels dyadischem Coping

Guy Bodenmann (2000) entwickelte zusätzlich zu den bekannten Trauerphasenmodellen (s. Kapitel 7.4., S. 46) für Paare ein dyadisch orientiertes Stress-Konzept. Es basiert auf bewältigungs-orientierten Methoden, die auf die Verbesserung der empathischen Kommunikation zwischen den Paaren fokussieren. Zum Beispiel geht es darum, dem anderen auf der Gefühlsebene, auf der Basis der primären Emotionen, anstatt auf einer pragmatischen Ebene den eigenen Stress mitzuteilen. Häufig sprechen die Partner in erster Linie sachorientiert miteinander – und reden aneinander vorbei, ohne vom anderen wirklich etwas zu erfahren. Die Gefühle des anderen in den angespannten Situationen verstehen zu können, bietet die Chance, sich und den Partner besser kennen zu lernen und zu verstehen. Im Anschluss gilt es, Paar-Zeit für den Austausch zu vereinbaren und nach Lösungsmöglichkeiten im Zwiegespräch zu suchen. Gemeinsam den Stress zu bewältigen erhöht das Zusammengehörigkeitsgefühl. Es erlaubt eine Kommunikation auf einer neuen, für die meisten ungewohnten, tieferen Ebene. Mit diesem Konzept verfügen EFL-BeraterInnen über ein erprobtes dyadisches Konzept bei paarinternen wie externen Stress- und Konfliktsituationen, eine beziehungsorientierte Methode, welche für ungewollt kinderlose Paare als sinnvoll erachtet wird (s. Kapitel 6.3, S. 40).

11.4.3 Sexualberatung

In Anlehnung an das evaluierte sog. „Hamburger Modell“, das vom „Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie“ des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entwickelt wurde, unterstützt die katholische EFL-Beratung kompetent und professionell Paare, die bei Sexualitätsproblemen Unterstützung suchen. Es ist ein Therapiekonzept, welches ein psychodynamisches Grundverständnis mit verhaltenstherapeutischen und systemischen Elementen vereint. In diesem Hamburger Konzept werden, nach ausführlichen Explorationsgesprächen und eingehender Erörterung der diagnostischen Zusammenhänge, die Paare in einem kleinschrittigen Therapieprozess immer wieder neu angeleitet, zu Hause den körperlich-sexuellen Umgang mit dem Partner/der Partnerin nach bestimmten Regeln zu gestalten. Sie helfen, aufkommende Ängste abzubauen und den Zugang zum eigenen positiven Erleben (wieder) möglich zu machen. Regelmäßige Intensiv-Fortbildungen für die Mitarbeiter sichern die Professionalität.

11.5 Die Online- (Paar) - Beratung

2003 erfolgte die Zusage der Katholischen Bischofskonferenz, Onlineberatung als festen Baustein und Zusatzangebot in das Angebot der Beratungsstellen zu integrieren. Ziel war es, auch die Menschen zu erreichen, die sonst nicht den Weg in die Beratungsstelle finden (Billen, St. et al., 2013, S. 76).

Die Etablierung der Online-Paar-Beratung mit der Option zur Mail- oder Chat-Beratung, eine „realistische Paarberatung“ im virtuellen Raum via Internet, erfolgte 2011. Auf diese Weise können sich Paare auf verschiedenen Ebenen begegnen: im realen und medialen Raum,

die sich miteinander abwechseln, sich zusammenführen lassen und neue Perspektiven für ihre Beziehung und die Konfliktthemen bieten können (Risau & Riesenbeck, 2011). Die Besonderheit besteht darin, dass es die Möglichkeit von zeitlich unabhängigen Beiträgen gibt, die von allen Teilnehmern gelesen werden können. So kann ein Dialog entstehen, ohne dass eine Terminvereinbarung notwendig ist. Die Strukturierung erfolgt mittels thematischer Sitzungen, die geschlossen werden, wenn eine ausreichende Klärung erfolgt ist. Die Beteiligten können noch in ihrem „Raum“ lesen, aber nicht mehr schreiben. Es hat sich als effizientes Angebot für ratsuchende Paare mit hoher psychischer Belastung erwiesen. Die aktuelle Evaluation der Online-Paarberatung der EFL sieht die internetbasierte Beratung generell als „sublimierende Unterstützung in akuten Lebenskrisen sowie als Stütze zur Klärung und Bewältigung zentraler Lebensfragen“ (Eichenberg & Aden, 2015, S. 62). Als fachlich qualifiziertes Konzept differenziert und hebt es sich von anderen medialen Beratungsangeboten ab. Die Nutzer orientieren sich an einem kirchlichen Angebot, das für einen verlässlichen, respektvollen und vertrauensvollen Umgang mit ihren Anliegen steht (Riesenbeck; zit. nach Bundesverband, 2013, S. 64 f.). Das internetbasierte Beratungssetting wird sehr positiv bewertet (Eichenberg & Aden, 2015, S. 62).

Mit Hilfe erprobter Interventionen lässt sich Online-Paar-Beratung ähnlich dem FtF-Setting durchführen. Risau und Riesenbeck (2011) führen das Beispiel der Time-Line-Methode (s. Glossar) mit interaktiven und multimedialen Tools wie einer Mediabox, Bildergalerien, einem Whiteboard oder Videos und Fragebögen an. Der Phantasie und Kreativität der BeraterInnen sind hier kaum Grenzen gesetzt. Der Vorteil ist die Partitionierung und die Möglichkeit, die Methode über mehrere Sitzungen zu strecken. So ist und bleibt sie für alle Kommunikationsteilnehmer nachvollziehbar symbolhaft dargestellt. Der Beratungsprozess ist durchlässig und durchschaubar. Videos mit Kommunikationsregeln zur Verbesserung der Paarkommunikation sind weitere hilfreiche verhaltenstherapeutisch basierte Elemente, die jederzeit abrufbar für die Paare zur Verfügung stehen (Risau & Riesenbeck, 2011).

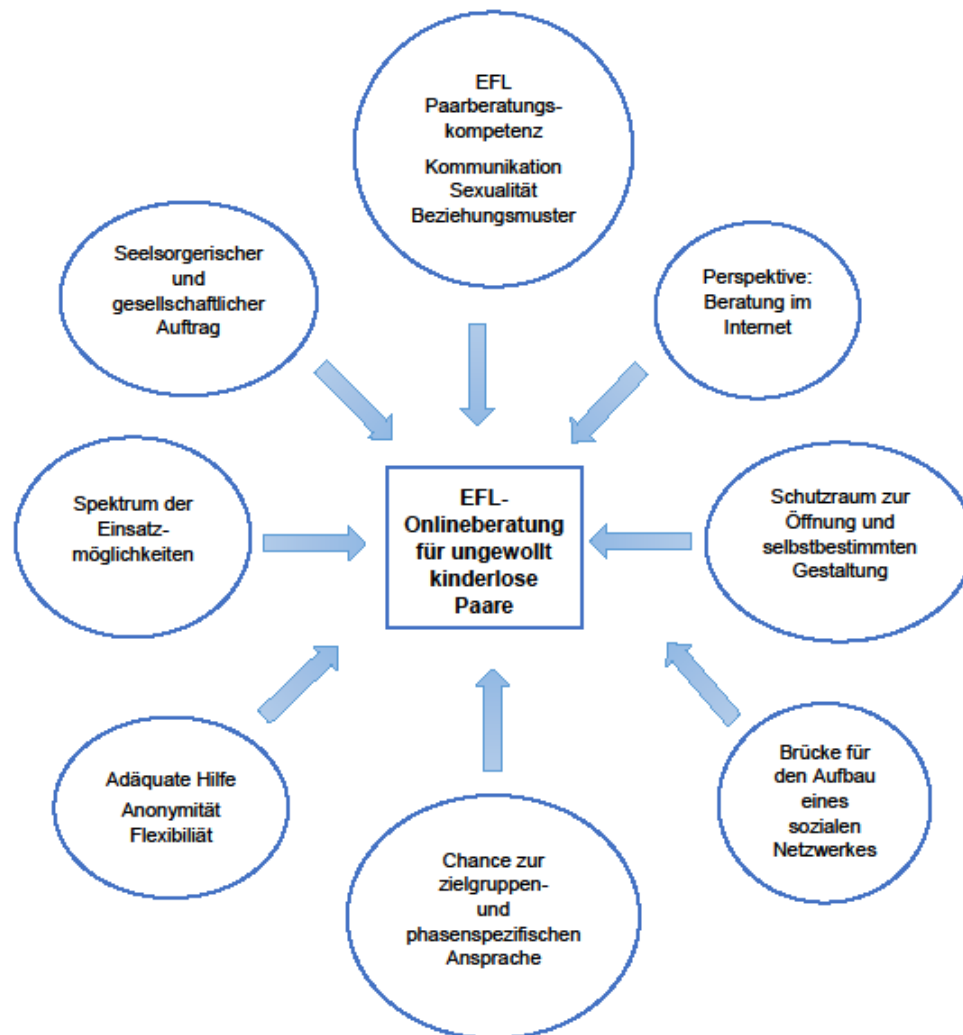
Ein Blick auf die Charakteristika der User zeigt den hohen Anteil weiblicher Ratsuchender im mittleren Altersabschnitt, mit höherem Bildungsstand und in fester Partnerschaft lebend. Zentrale Anliegen sind Partnerschafts- und Beziehungsthemen verbunden mit einem hohen Anteil an Sexualitätsfragen und Kommunikationskonflikten. Auffallend sind die klinisch relevante hohe Prozentzahl von Depressionen und einer umfassenden Lebensunzufriedenheit. Feststellbar sind längerfristige Verbesserungen im Bereich Partnerschaft/Sexualität. Die Autoren betonen den Vorteil dieser Form der Beratungsmodalität, welches das Potenzial in sich birgt, andere soziale Milieus zu erreichen (Eichenberg & Aden, 2015, S. 60 f.).

Die EFL-Online-Paar-Beratung ist das einzige kostenfreie Angebot für Paare im Internet. Auf der kommerziellen Seite sind Offerten von www.theratalk.de, www.couplecoaching.de, www.psychologe.de und www.paarberatung.ch zu verzeichnen.

12. Ungewollte Kinderlosigkeit - eine Herausforderung für die EFL - Online - Paarberatung

Abbildung 4 illustriert die wesentlichen Aspekte, die für die Etablierung einer EFL-Online-Paarberatung für ungewollt Kinderlose sprechen. Sie werden in den folgenden 3 Unterkapiteln näher diskutiert.

Abbildung 4: Kreismodell der Gründe für eine EFL-Online-Paarberatung



12.1 Erfüllung des seelsorgerischen und gesellschaftlichen Auftrages

In der Entscheidungsnot, der Frage nach den Grenzen und der Annahme von Schicksal und Scheitern bewegen sich die Partner und Paare, die sich mit ungewollter Kinderlosigkeit konfrontiert sehen. Es ist eine unter Umständen repetitive existentielle Lebenskrise, die zunehmend mehr Menschen betrifft und die nach ihrer Auffassung und ihrem Erleben dies in ihrem persönlichen Scheitern aufgrund von individuellen Entscheidungen oder persönlichem Versagen begründet sehen können.

Die ungewollte Kinderlosigkeit ist in unserer Leistungs- und Optimierungsgesellschaft ein Kennzeichen einer Generation, die vor der Fülle optionaler Entscheidungen steht, die sie immer wieder an ihre Belastbarkeit führt und die eigenen Kompetenzen herausfordert. Zu beobachten ist eine Zunahme des Bedürfnisses nach Kontrolle und Planbarkeit bei so vielen undurchschaubaren Möglichkeiten. In der modernen Zeit einer idealisierten Partnerschaft und vermeintlich kontrollierten Familienplanung ist die Entscheidung für ein Kind aus den in Kapitel 3 dargelegten Gründen problematischer geworden.

Vielleicht ist ungewollte Kinderlosigkeit als Zeichen zu verstehen, dass Menschen dringend Unterstützung bei folgenden Fragen brauchen: Wie treffe ich Entscheidungen für oder gegen eine Familiengründung? Was braucht es für eine stabile Partnerschaft, die als Basis für die Realisation des Kinderwunsches angesehen wird? Wie ist sie realisierbar? Wie können wir eine (gute) Entscheidung für oder gegen ein Kind treffen und wie kann ich/wir mit den (negativen) Konsequenzen jedes eingeschlagenen Weges gut (weiter) leben? „Für Paare erscheint es im hohen Maße notwendig, bei den Wahlmöglichkeiten eine Übereinstimmung zu finden, ansonsten bestünde - zumindest auf Dauer gesehen - die Gefahr einer instabilen Beziehung“ (Lenz, 2014). Jede Entscheidung birgt ihre Vor- und Nachteile in sich, eine Entscheidung für etwas bedeutet gleichzeitig den Ausschluss anderer Möglichkeiten.

Die Annahme der unangenehmen Folgen, dass unser Leben nicht dem Machbarkeitsprinzip aller Optionen entspricht, ist ein Grundbestandteil der Entwicklung der personalen Identität. Ungewollt Kinderlose im Gefühl des Ausgegrenzt-Seins benötigen Trost und die Vermittlung des Angenommen-Seins. Hier spiegelt sich die grundlegende Aufgabe der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung wider: den Menschen in seiner Not zu einem gelingenden Leben zu begleiten, ihn als Ganzes anzunehmen in all seinem empfundenen „Scheitern“ und ihm ein „Leben in Fülle“ zu ermöglichen.

Eine explizite EFL-Online-Beratung für ungewollt kinderlose Paare kann das Vertrauen schaffen: Kirche erkennt an, dass Fruchtbarkeit jenseits eines eigenen Kindes möglich ist. Sie kann exemplarisch die so wichtige Botschaft transportieren: Ihr seid willkommen mit eurem Leiden, es ist gut, wenn ihr euch öffnet und Hilfe sucht und wir als Kirche nehmen euch öffentlich als Menschen, als Paar ohne Kinder an. Obwohl es im Sakrament der Ehe heißt: „Sind Sie beide bereit, die Kinder anzunehmen, die Gott Ihnen schenken will, und sie im Geist Christi und seiner Kirche zu erziehen?“ Es ist eine Form, positives religiöses Coping zu induzieren (s. Kapitel 6.3, S. 39). Eine EFL-Online-Paar-Beratung, die als Unterstützung für alle ungewollt kinderlosen Paare und als ein öffentlich wirksames Bekenntnis zu Partnerschaft und Ehe entwickelt ist, der wichtigsten Ressource zur Stabilität und gesundheitlichen Prophylaxe. So kann aus Trauer Segen werden, auch wenn Familie aus den verschiedensten Gründen heraus nicht möglich oder realisierbar geworden ist.

Eine Enttabuisierung des Themas in den Beratungssituation wie in der Öffentlichkeit zu bewirken, ist im Sinne des EFL-Anspruchs als Seismograph gesellschaftlicher Veränderungen zu fungieren, eine grundlegende Bestimmung der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Immer ist es ihre Intention, an der Not und dem Leiden der Menschen Anteil zu nehmen, ihnen Gehör im privaten wie öffentlichen Raum zu verschaffen und damit zu erkennen, was die Menschen in der heutigen Gesellschaft bewegt.

EFL-BeraterInnen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Kirche und Sozialstaat. Inwieweit werden kinderlose Paare oder Menschen aktuell in der EFL-Beratung auf das Thema Familienplanung angesprochen? Existieren Hemmschwellen der BeraterInnen nach Infertilitätsthemen zu fragen, wenn sie selbst aktuell von Problemen mit eigenen Kindern belastet sind? Die Jahres-Statistiken 2012 der Beratungsstelle in Köln zeigen sowohl in der FtF-Beratung (27,6%) als auch in der Onlineberatung (22%) einen im Vergleich hohen Anteil kinderloser Paare, das Thema an sich rangiert als Beratungsanliegen in der unteren Skala.

Dies entspricht der Hauptproblematik ungewollt Kinderloser: die Tabuisierung, das Verschweigen, das Gefühl mit dem Leiden allein gelassen zu sein. Ausnahmen bilden das regionale Gruppenangebot für ungewollt Kinderlose mit Vortragsangeboten der EFL-Beratungsstelle in Köln und ein Angebot für Singles in der Wuppertaler EFL-Stelle mit der Chance, sich bewusst mit der Partnerlosigkeit und ihren Vor- und Nachteilen auseinanderzusetzen. Eine EFL-Paar-Onlineberatung für ungewollt kinderlose Paare kann Zeichen setzen, als Symbol für die Akzeptanz des Leidens an ungewollter Kinderlosigkeit fungieren und als Wegbereiter für die Vermittlung von Entscheidungskompetenzen sowie als Plattform zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung dienen. Sie kann damit einen wesentlichen Beitrag zur Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit beitragen. Prävention und die Reaktion auf kritische Lebensereignisse und Notlagen von Partnerschaft sind zentrale Kernthemen des kirchlichen Ehe-Pastorales. „Wir stehen unweigerlich in der Verantwortung, den Paaren und Eheleuten in allen Phasen einer Paarbeziehung unterstützend zur Seite zu stehen“ (Bischof Genn; zit. nach Bistum Münster, 2015). Wilbertz (2011) betont die Stabilität und Qualität der Paarbeziehung und deren Bedeutung für den Kinderwunsch, die Entscheidung zur Elternschaft und somit die Aufgabe der EFL, sich für eine gelingende Partnerschaft einzusetzen.

Vielleicht greift der Auftrag der Kirche, sich für den Einzelnen und die Paarbeziehung einzusetzen gerade dann, wenn die Menschen dem christlichen Auftrag „Seid fruchtbar und mehret euch“ nicht im generativen Sinne entsprechen können. Sie möchten sich von Kirche nicht alleine gelassen fühlen. Es geht um Identitäten und Veränderung von Rollenbildern, um Akzeptanz von Lebensmodellen und Lebensentwürfen, um Mann- und Frau-Sein jenseits von Elternschaft als wertvoller Bestandteil der eigenen Persönlichkeitsentwicklung und um Partnerschaft auf Augenhöhe in der Gleichberechtigung der Partner. Dickmann-Boßmeyer (2000), selbst EFL-Beraterin, hat die Lebenskrise des Paares und der Partner bei Fruchtbarkeitsstörungen als Chance für die frühzeitige Auseinandersetzung mit existentiellen Sinnfragen betrachtet. Partnerschaft kann ohne wie mit Kindern gelingen, entscheidend ist, dass die Liebe und das Vertrauen auf das Miteinander bleiben können. Bindung ist das Grundbedürfnis jedes Menschen, eine Paarbeziehung ist ein existentielles Bedürfnis für die meisten Menschen, für ungewollt Kinderlose ist es der wichtigste Stabilitätsfaktor, die tragende Kraft im Chaos der Gefühle.

„Wir würden darauf verzichten, unsere hohe qualifizierte Fachlichkeit für Ratsuchende im Internet zur Verfügung zu stellen“. Dies ist ein Zitat des Vorsitzenden des Bundesverbandes Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V., Ekkard Scholl (2004), als Begründung für die Einführung der Online-Beratung. Und weiter heißt es: „Vom Auftrag her müssen wir hier präsent sein [....]. Viele Menschen haben so die Möglichkeit

erhalten, die Tür wieder einen Spalt aufzumachen“. Es ist ein Plädoyer für eine internet-basierte Beratung gerade für die Menschen, die mit anderen Settings nicht erreichbar sind oder ansonsten keinen Zugang zu Beratung finden können. Die bisherigen Beratungsangebote erreichen selektiv nur einen bestimmten Anteil ungewollt Kinderloser. Es ist ein erklärtes Ziel, insbesondere diejenigen anzusprechen, die jenseits von ART-Behandlungen Hilfe benötigen bzw. diejenigen, die von sich aus hohe Hemmschwellen besitzen.

Ungewollte Kinderlosigkeit ist als existentielle Lebenskrise definiert, die bei ihrer Bewältigung die Chance in sich bergen kann, in der personalen Identität und als Paar zu wachsen und damit für die Gesellschaft fruchtbar zu sein.

12.2 EFL-Kernkompetenzen - Bedeutung für ungewollt kinderlose Paare

Die Kernkompetenz der EFL-Beratung ist die Paarberatung inklusive sexueller Störungen. Wie kann ein Paar aus Krisen gestärkt und für Veränderungen offen hervorgehen? Es braucht ein Verständnis über Kommunikationsprozesse, der Unterschiedlichkeit der Partner und eine erfolgreiche Bewältigung der Alltagsanforderungen durch Vermittlung und Stärkung angemessener Coping- und Problemlösekompetenzen im Miteinander.

Der Aufbau einer guten Kommunikationsbasis und deren Anwendung unter stressreichen Bedingungen sind als Kernelement der Prävention bzw. der aktuellen Entlastung in den Phasen der ungewollten Kinderlosigkeit als hilfreich definiert. Für das Paar erscheint es sinnvoll, von Anfang an in einen gemeinsamen Aushandlungsprozess der Familienplanung einzutreten. Daraus erwachsen hohe Anforderungen an ihre Kommunikationskompetenz, was die Paare überfordern kann (Lenz, 2014). Konstruktive Unterstützung ist nötig: Zeit für Zwiegespräche, in denen Wünsche und Bedürfnisse geäußert werden können, Aktiv zuhören, Transparenz und achtsame Offenheit dem anderen gegenüber. Dies sind Aspekte der EPL, KEK oder KOMKOM-Programme und der Stressprävention nach Bodenmann zur besseren Kommunikation der Paare.

Sexualitätsthemen sind Kernkompetenzen der EFL-BeraterInnen: Sie sind in der für ungewollt kinderlose Paare so wichtigen Ansprache dieses mit vielen Tabus behafteten Themas geschult und erfahren. Es existieren keine Hemmungen und Barrieren, alle Scham-, Schuld- und Sehnsuchtsgefühle zu verbalisieren. Gerade an dieser Stelle ist ein hohes Defizit der bisher installierten Beratungsangebote für ungewollt Kinderlose zu beobachten, es fehlt die offene An- wie Aussprache über die Sexualitätsproblematik der Paare (s. Kapitel 7.3, S.45).

Schmidt (2005) betont die Wichtigkeit des „relationalen, beziehungsorientierten Coping für Paare in Belastungssituationen neben den problemlösungsorientierten bzw. emotionsfokussierten Coping-Strategien. Dyadisches Coping sei auf der Basis des gemeinsamen Vertrauens gut geeignet, um die Stabilität und Qualität der Paarbeziehung zu bewahren bzw. zu fördern. Das Wir-Gefühl in der Erkenntnis eines gemeinsamen Problems stärke das Paar, wofür Kommunikationsfertigkeiten und das Verständnis füreinander von Nöten seien.

Voraussetzung sei die Kenntnis des Problemzirkels. Wie beeinflusse ich den anderen durch mein Verhalten und umgekehrt? So kann Liebe fließen, Intimität und erfüllte Sexualität wachsen und wiederum ein Wachstum der Partnerschaftszufriedenheit ermöglichen.

Eine ganzheitliche Sicht auf den Kinderwunsch, psychische, körperliche und soziale Aspekte

berücksichtigend, erlaubt es den Paaren, sich mit der seelischen Seite auseinanderzusetzen (Wischmann, 1998, S.116). Wippermann (BMFSFJ, 2015a) hat deutlich die Bedeutung des sozialen Milieuhintergrundes für den Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit hervorgehoben. Gerade deswegen erscheint es wichtig, das individuelle Leiden auf der Folie der Lebensverlaufsdynamik zu betrachten und für die Partner ihr erlerntes und aktuelles Beziehungsmuster gegenseitig transparent werden zu lassen, um Veränderungen zu initiieren. Insbesondere bei dysfunktionalen Kollusionsmustern mit kommunikativen und sexuellen Störungen sowie bei vulnerablen Paaren scheint dies ratsam zu sein (Stammer et al., 2004). EFL-Paar-Beratung hat das Paar in seinem komplexen Zusammenspiel der gegenseitigen Beeinflussung, der Kollusionsmuster nach Jürg Willi (2012), im Blick: Indem die Themen der Partner aus ihren Herkunftsfamilien für jeden verständlich werden, kann in Korrelation zur aktuellen Paar-Problematik die Haltung und Handlung des anderen im Beziehungskonflikt verstehbar werden. So kann Akzeptanz und Wertschätzung an die Stelle von Vorwürfen und Anklagen treten. Es ist ein psychodynamischer Ansatz, der bis dato in der Beratungspalette unterrepräsentiert ist (s. Kapitel 9.1, S. 54). Dies kann nur in einem Rahmen geschehen, der nicht von einem bereits vorher bestimmten, festgelegten Zeitraum begrenzt ist. Die bisherige Beratungsmodalität der etablierten Angebote ist zumeist die der kurzfristigen Settings über einen festgelegten Zeitraum. Ein Aspekt, der von den Ratsuchenden bedauert wird (s. Kapitel 9.1, S. 54) und in einer offen terminierten Onlineberatung aufgehoben wäre.

12.3 Motivation für die Installation einer EFL – Online - Paarberatung

12.3.1 Adäquate Hilfe für ungewollt Kinderlose

Die definierten Vorteile einer Onlineberatung, die in der folgenden Zusammenfassung aus der Literatur (Risau, 2012; Kentenich et al., 2014; Eichenberg & Aden, 2015; Riesenbeck & Hintenberger, 2014) aufgelistet sind, lassen diese Form der Beratung für ungewollt Kinderlose als besonders geeignet erscheinen. Alle angeführten Aspekte sind als kennzeichnend bzw. als hilfreich für die dargelegte Problematik der Zielgruppe in den vorangegangenen Kapiteln diskutiert worden:

1. Online-Beratung ist für Menschen geeignet, die.....

- eine heterogene Zielgruppe mit spezifischer Thematik darstellen.
- den Schutzraum der Anonymität brauchen.
- eine erhöhte Selbstkontrolle, wann und wie sie sich öffnen mögen, benötigen.
- unter sozialem, öffentlichem Druck stehen.
- in FtF – Beratung Stigmatisierung befürchten.
- aus Scham und Angst eine Distanz zur/zum Berater/in benötigen.
- lieber schreiben als reden.
- zeitliche (rund um die Uhr) wie örtliche Flexibilität und Unabhängigkeit benötigen.
- nach breiter Erreichbarkeit und Kostenfreiheit (ausfallende Fahrtkosten) suchen.
- bei repetitivem Bedarf der Unterstützung gerne nachlesen möchten, falls alte Denk- und Verhaltensmuster sich wieder eingeschlichen haben.
- zielgruppenspezifisch angesprochen werden wollen.
- mit dem Medium Internet vertraut sind.

2. Als priorisierte Beratungsanlässe gelten die Hauptthemen ungewollt Kinderloser:
 - Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme
 - Ängste und Depressionen
 - scham- und schuldbesetzte, tabuisierte Themen (Riesenbeck & Hintenberger, 2014)
 - mit dem Gefühl von „eigenem Scheitern“ verbundene Themen
 - Ängste vor einer FtF-Beratung
3. Onlineberatung entspricht den Bedürfnissen ungewollt Kinderloser nach.....
 - Niedrigschwelligkeit und Anonymität
 - Schutz vor Scham, Schuld und Scheu
 - schneller und flexibler Beratung und Unterstützung
 - individueller Verfügbarkeit entsprechend der Phase wie in der aktuellen Notlage
 - Kontrolle, Steuerbarkeit und Autonomie
 - spontaner Entlastung durch Erzählen ohne Furcht vor Stigmatisierung
 - Bindung und Beziehung ohne den direkten Blickkontakt („Nähe durch Distanz“)
 - Persönlicher Beziehung ohne FtF-Kontakt
 - genderspezifischer Ansprache
 - sozialen Netzwerken zur Unterstützung bei der Bewältigung

12.3.2 Ein Schutzraum zur Öffnung und selbstbestimmten Gestaltung

Der Haupt-Vorteil der Online-Beratung ist, „der Computer hört zunächst nur zu, redet nicht dazwischen, schaut sein Gegenüber nicht an, stellt keine Fragen, ist jederzeit da, tagsüber und nachts“ und von jedem beliebigen Ort der Welt nutzbar (Billen, St. et al., 2013, S.73). Es ist ein Ort der Anonymität, des Vertrauens, der Möglichkeit zur Offenheit und Beziehungsgestaltung. Das Schreiben dient der akuten Entlastung, der Orientierung, Klärung und Strukturierung - im Hier und Jetzt (Engelhardt & Storch, 2013). Es eröffnet eine Option zur Einnahme einer Meta-Position, die den Prozess der Erkenntnis und Annahme der eigenen Themen und Entdeckung der verborgenen Ressourcen bewirken kann (Riesenbeck & Hintenberger, 2014). Jederzeit sind alle Gefühle ausdrückbar, veränderbar durch variierende Formulierungen, ohne der Scham und Peinlichkeit eines direkten Blickes bei Brechen des Schweigens ausgesetzt zu sein. Wie ein Tagebuch seine Funktion in der Möglichkeit zur kreativen Externalisierung der Beschwerden und Probleme ermöglicht, so bieten Mail und Chat freie Exploration und Entlastungsmöglichkeit. Und der Partner „hört“ zu und kann wiederum frei und ungehemmt antworten. Zusätzlich gibt es eine Antwort, eine kompetente Moderation durch einen/eine BeraterIn, die verlässlich ist und die mit Verstanden-Werden, Achtung und Respekt vor dem eigenen Leid und dem des anderen verbunden ist. Behutsame Resonanz und (Selbst-) Reflektion und damit Transparenz für das Paar via Verschriftlichung werden im so wichtigen geschützten eigenen Raum möglich. Die mit Distanz verbundene Unsichtbarkeit ermöglicht große Vorteile: Die Kontrolle liegt jederzeit in der Hand der Ratsuchenden, eine so wichtige Erfahrung für ungewollt Kinderlose, die unter dem Verlust ihrer Selbstbestimmtheit sehr leiden können. Es existiert ein zu strukturierender Raum, den sie selbst gestalten können. Wann, wie, mit welchem Thema und mit welcher Offenheit sie antworten möchten, bleibt den Klienten überlassen. Sie können entscheiden, welche Informationen sie über sich und ihr Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit preisgeben

möchten oder ob sie sich als „ganz andere“ darstellen mögen. Es ist ein kreativer Raum zur wichtigen Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit.

Onlineberatung impliziert eine Sinneskanalreduktion, sie fokussiert auf wenige Sinnesreize. Dieser Umstand wird als großer Vorteil gesehen. Die KlientInnen wie die BeraterInnen bleiben verborgen, sie können nicht gesehen, gehört oder gerochen werden und bleiben von der subjektiven Bewertung ausgeschlossen. Die Vorstellung in der Projektion kann zu erhöhtem Nähe-Empfinden und erleichternder Ehrlichkeit führen (Hintenberger; zit. nach Risau & Riesenbeck, 2011, S. 2). Öffnung und damit Enttabuisierung ohne Stigmatisierungsängste ist eine der wichtigsten aktiven hilfreichen Coping-Strategien für ungewollt Kinderlose. Ein weiterer Vorteil ist die Verringerung des hierarchischen Gefälles zwischen Klient und Berater/In (Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S. 4) - ein positiver Effekt für das angegriffene Selbstwertgefühl der Zielgruppe.

In der Online-Beratung existiert ein entschleunigter Dialog, der von beiden Seiten, Rat-suchenden wie Beratern, geschätzt wird. Gerade in einer Maschinerie der optimalen Terminierung ungewollt Kinderloser gewährt er Zeit zur wichtigen (Selbst-) Reflektion, die als hilfreich erachtet wird (s. Kapitel 6.2, S. 38). Kein so schwierig aushaltbares Schweigen mit Scham- und Schuldgefühlen wie in der FTF-Beratung belastet den prozesshaften Weg einer Beziehungsgestaltung im „Sozialraum des Internets“ zu einem virtuellen Berater/ einer virtuellen Beraterin. Dieser Beziehungsaufbau ist genauso wichtig und tragend: Es ist eine reale, keine virtuelle Interaktion (Engelhardt & Storch, 2013, S. 6). Die Distanzierungsoption ist paradoxerweise der zentrale Vorteil der Mailberatung. Eine eigene Gestaltung von Nähe und Distanz führt oft zur direkten Problemaktualisierung, zur „Dialektik von körperlicher Abwesenheit und sinnlicher Präsenz, physischer Distanz und psychologischer Nähe“ (Döring 2000; zit. nach Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S. 3). Dieses Phänomen verspricht ideal für ungewollt Kinderlose zu sein, deren Anliegen erst sekundär in Erscheinung tritt, die selten ihre Problematik direkt zur Sprache bringen.

Die Priorität der Onlineberatung liegt im Verstehen und Mitfühlen, im Schreiben und Lesen. Hierbei ist die Kompetenz der präzisen Ausdrucksmöglichkeit eigener Gedanken ebenso wichtig wie das genaue Lesen „zwischen den Zeilen“, um die Bedeutung der textbasierten Kommunikation bis ins Kleine für jeden Menschen verstehen zu können (Lang, 2015). Dafür sind empathische, Sich-Berühren lassende, authentische und resonanzfähige BeraterInnen notwendig, ein Schwerpunkt der Ausbildung zur EFL-BeraterIN. Online-Nutzer „checken“ schnell ab, ob sie sich mit ihren Themen in der Beratung angenommen fühlen und auf der für sie passenden Plattform bewegen. Das technikbasierte Beratungsangebot erscheint besonders für vulnerable Paare geeignet, die ihre Schutzgrenze mehr als andere benötigen. Ebenso könnte es sich auf Grund dieser Vorteile als passend für die bisher kaum Beratung aufsuchenden Männer erweisen. Auch für sie werden alternative Beratungskonzepte vermehrt gefordert.

12.3.3 Zielgruppen- und phasenspezifische Ansprache

Insbesondere für das Milieu der Unterschicht („Benachteiligte“, „Hedonisten“) wie für die traditionellen Milieus („Konservative“, „Traditionelle“) scheint ein niedrigschwelliges Internet-Beratungsangebot mit einer einfachen, auf die individuelle Ausdrucksweise und den Stil der

Ratsuchenden angepassten Resonanz im virtuellen Beratungsraum günstig zu sein, um eine Möglichkeit der Öffnung und des Vertrauens für sich zu erschließen. Im geschriebenen Wort darf jeder sich so ausdrücken, wie ihm zumute ist. Für die BeraterInnen im virtuellen Dialog besteht die Option, mit dem Klienten im Wort mitzuschwingen, individuell auf ihn und seine Ausdrucksweise einzugehen (BMFSFJ, 2015 a, S. 153 ff.). Eine Onlineberatung für ungewollt kinderlose Paare könnte mit einer zielgruppenorientierten Ansprache zur geforderten sozialen Gerechtigkeit und Chancen-Gleichstellung aller Milieus und der Frauen wie Männer beitragen und ihnen die Brücke zur FtF-Öffnung ebnen. Gerade für die Männer erscheint wegen ihrer Problematik der Sprachlosigkeit dieses alternative, ansprechende und flächendeckende Angebot als Türöffner sinnvoll. Eichenberg & Aden (2015) betonen die Chance, mit einer Online-Beratung andere soziale Milieus zu erreichen (s. Kapitel 11.5, S. 63). Zusätzlich sprechen sie ergänzend von der „Trias der Wirkmechanismen“: Anonymität bzw. Pseudonymität (Verwendung eines Nicknamens), erhöhte Autonomie und Beziehung, die allen Ratsuchenden die Nutzung erleichtere. Ein wichtiger Aspekt ist die Möglichkeit der Nachlesbarkeit und Bilanzierung des Beratungsprozesses. Für ungewollt Kinderlose mit repetitiven Phasen der Problematik könnte der verschriftlichte Austausch als abrufbare Stütze bei wiederauftauchendem Leiden in allen Lebensphasen fungieren und zur Stabilisierung nutzbar sein (Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S. 6).

12.3.4 Entlastungsmöglichkeiten und strukturierte Hilfe

Das Medium EFL-Onlineberatung bietet je nach Phase vielfältige Optionen der flexiblen und angemessenen Unterstützung für ungewollt kinderlose Paare:

- Interventionen zur Paarberatung (z.B.: Time-Line-Methode, s. Kap. 11.5)
- Interaktive Elemente (Anlegen eines Projektraumes, Zeichnungssoftware, Familienaufstellungen am Bildschirm, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, Skalierungsfragen zur Selbsteinschätzung (Hecht, 2008; zit. nach Risau & Riesenbeck, 2011) und Games zur Entspannung (Rusch, 2011; ebd.)
- Kommunikationsübungen und -anleitungen
- Anleitungen zur Stressbewältigung (Stichwort: Dyadisches Coping)
- Anleitungen zur Bewältigung von Sexualitätsproblemen (z.B.: „Hamburger Modell“)
- Sprach- und bildgestützte Medien (z.B. bei Trauerbewältigung und Lebensperspektiven)
- Nachlesbarkeit: bei sich wiederholender Belastung ist jederzeit ein Blick auf das, was ehemals geholfen hat, möglich.
- Fragenkataloge zur spezifischen Ansprache für und in den einzelnen Phasen

Das interaktive, kognitiv-behaviourale basierte Kinderwunsch-Online-Coaching von Hämmerli et al. (2009) in der Schweiz mit psychoedukativen Elementen (z.B.: Training von Coping und Kommunikations-Skills) zeigt eine signifikante Reduktion von infertilitätsbedingtem Stress und Aktivierung der Selbstwirksamkeit der Nutzer. Langfristig ist eine Verbesserung des mentalen Wohlbefindens zu verzeichnen. Es ist ein Programm mit 13 Selbsthilfemodulen und bewusst für ein Klientel außerhalb von Kinderwunschzentren konzipiert. Ebenso wie die Studie von Cousineau et al. (2007) zeigt das Coaching-Konzept,

dass Online-Beratung für ungewollt Kinderlose angenommen wird und sich als hilfreich erweist. Als Nachteil wird die standardisierte Form angeführt, ebenso ist es nicht kostenfrei und somit nur selektiv für zahlungsfähige Ratsuchende erreichbar (BKID, 2014, S. 71).

Nach Maier (2008; zit. nach Lang, 2009, S. 179 f.) geht es in der Online-Paarberatung um die Paaridentität, beide Partner wollen in ihrer Beziehung beraten werden.

Onlineberatung helfe den Paaren, emotionale Zustände wieder kontrollieren zu können, sodass in der Realität wieder ein konstruktiver Austausch möglich würde. Hier spiele insbesondere die Steigerung der Selbstwirksamkeit der Partner eine entscheidende Rolle.

„Online-Beratung ermöglicht eine erhöhte Veränderungsbereitschaft“ (Döring 2000; zit. nach Riesenbeck & Hintenberger, 2014, S. 4).

12.3.5 Brücke für den Aufbau eines realen sozialen Netzes

Klinitzke et al. (2013) zeigten in ihrer Studie über die internetbasierte Therapie, dass nach Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft durch die mediale Unterstützung ein positiver Einfluss auf das „Social Sharing“, zu verzeichnen ist. Hierunter werden eine Aktivierung des eigenen sozialen Netzwerkes und die Suche nach Beziehungsmöglichkeiten und Hilfsangeboten vor Ort verstanden. Dieser reale Kontaktaufbau korreliert mit einer Reduktion der psychischen Belastung, des traumatischen Erlebens sowie der prolongierten Trauersymptome (Kersting et al., 2013; zit. nach Klinitzke et al., 2013, S. 182). Es ist ein Schutz vor längerfristigen Folgen, sind doch komplizierte Trauer und Isolationstendenzen Symptome einer dysfunktionalen, passiven Bewältigungsstrategie. Unfreiwillig Kinderlose wollen ihren Verlust mit anderen teilen. Ein soziales Netz gilt als eine protektiv wirksame, positive Bewältigungsressource für ungewollte Kinderlose. Sie zu lehren, wie sie aktiv werden und sich diese Unterstützung suchen können, ist ein Bestandteil zur Entwicklung eines aktiven Coping-Stiles (Lechner et. al, 2007).

Die Evaluation der EFL-Onlineberatung (Eichenberg & Aden, 2015) weist ähnliche Effekte auf: Aus dem Austausch mit den Beratenden via Internet ergaben sich weiterführende, beziehungsstiftende Gespräche mit nahestehenden Personen. Ist einmal eine Öffnung erfolgt, sind der Gesprächsbedarf und die Entlastung durch Kommunikation spürbar geworden, kann sich der Austausch in der direkten Kommunikation als erleichtert erweisen. Die hohe Effizienz eines internetgestützten psychosozialen Angebotes fördert die aktive Kommunikation mit dem sozialen Umfeld (Kentenich et al., 2014, S. 88 f.).

12.3.6 Perspektive: Beratung im Internet

Die Perspektive der Online-Beratung ist in der fast selbstverständlich gewordenen Kommunikation via Internet begründet. Ihr Potential entfaltet sie im Bereich der Gesundheitsvorsorge (Risau & Riesenbeck, 2011). Internetgestützte Beratung würden 43,7 % der deutschen Internetnutzer nach einer Studie von Eichinger und Brähler (2013) bei psychischer Belastung nutzen, wenn sie darüber Bescheid wüssten. „Beratung und Therapie via Internet wird in unterschiedlichen Formaten und für unterschiedliche psychische, respektive psychosoziale Probleme [...] selbstverständlicher Teil der Beratungs- und Therapielandschaft werden“ (Reindl, 2015, S.57). Die Techniker Krankenkasse unterstützt

bereits eine Onlinetherapie für Depressive (Stichwort: TK-Depressions-Coach: <https://ecoach.tk.de/onlineberatung/public;jsessionid=FC58ECF681C7CD118460553882815475.tk-prod>). In Schweden ist die Internettherapie Bestandteil der Regelversorgung.

Die Problemlösefähigkeit geht bei der Fülle der ständig, in rasanter Folge entstehenden Belastungen an die Grenze jedes Einzelnen. Vielfältige gesellschaftliche und politische Veränderungen verunsichern die Menschen in ihrer Lebensplanung mehr und mehr. Gleichzeitig wird in der Orientierungslosigkeit pluraler Möglichkeiten nach gangbaren Wegen der Unterstützung gesucht. „Hier könnte Onlineberatung genau das Richtige sein, man gibt sich keine Blöße, kann anonym auftreten, hat ein neutrales Gegenüber, bleibt autonom in der Entscheidung [...]“. (Lang, 2015, S. 98).

Generell wird die Beratung im virtuellen Raum als Ergänzungsangebot angesehen, nicht als Ersatz für konservative Psychotherapie in der FtF-Beratung. Es ist zusätzlich eine Chance, effizienter zu operieren, da keine zeitaufwändigen Beratungstermine vereinbart werden müssen und keine Fahrtkosten entstehen. Online-Beratung ist ein in jeder Hinsicht flexibel nutzbares Angebot und gewinnt deshalb in der Zukunft eine zunehmende Resonanz bei ungewollt kinderlosen Paaren (BMFSFJ, 2012).

Wilbertz (2011) fordert die Nutzung des Internets, um die „Ratsuchenden der Zukunft“ zu erreichen und sich den Herausforderungen unter Beachtung der fachlichen Kompetenz zu stellen. Explizit spricht er von den jungen Paaren, die sich mit der Frage einer festen Beziehung und einer gemeinsamen Familienplanung beschäftigen und als Klientel bisher vernachlässigt seien. Es seien existentielle Themen, die diese beschäftigen und auf diese sich die EFL-Paarberatung vorbereiten müsse. Gerade jüngere Ratsuchende, die mit dem Medium Internet aufgewachsen sind und medial orientierte Kommunikations- und Verhaltensweisen aufweisen, werden als neue Gruppe der Interessierten an der Onlineberatung betrachtet (Billen, St. et al., 2013, S.75 f.). Für Paare, die bereits sich im Internet kennengelernt haben, sei die Suche nach virtuellen Beratungsstellen eine naheliegende Option (Lang, 2009). Gehrmann (2014) reflektiert auf die zunehmende Nutzung der aktuell 50-60jährigen, die bereits mit der Recherche im Internet vertraut sind. Vielleicht könnte das Angebot sich in der Zukunft nicht nur an die jungen Menschen richten, die ihre Fertilitätsphase noch vor sich haben oder sich in ihr befinden, sondern ebenso an diejenigen, die dieser bereits „entwachsen“ sind und mit den Folgen der ungewollten Kinderlosigkeit im fortgeschrittenen Alter sich auseinandersetzen möchten oder müssen. Das Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit kann Menschen bis ins hohe Lebensalter beschäftigen.

12.3.7 Spektrum der Einsatzmöglichkeiten

Ein EFL-Online- Paarberatungsangebot könnte Präventions-, Beratungs-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote für alle ungewollt Kinderlosen erfüllen. Es sind insbesondere Angebote gefordert, die jenseits reproduktionsmedizinischer Zentren professionelle, niedrigschwellige Unterstützung gewährleisten und Paare mit hohem Beschwerdedruck (hohe Depressivität, Partnerschafts- und Sexualitätsunzufriedenheit) erreichen.

Für den/die Onlineberater/in ergibt sich ein Spektrum an Möglichkeiten, die durch die gewonnene Zeit der Verschriftlichung effektiv genutzt werden können: Spezifische Unterstützung durch „Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstfürsorge, Psychoedukation, zur

Ressourcenarbeit und Rückfall-Prophylaxe“ und Sammeln von Informationen über die Ratsuchenden anhand von Stil und Wortgebrauch (Kentenich et al, 2014, S. 73). So ergeben sich flexible Einsatzmöglichkeiten für ungewollt Kinderlose in allen Phasen:

- Prävention und Psychoedukation (Information, Sexualaufklärung)
- Prophylaxe (Vermittlung von Entscheidungs- und Bewältigungskompetenzen, Lösungsalternativen, Motivation zur Beratung)
- Entscheidungssituationen (Klärung, Sortierung, Grenzen, Akzeptanz)
- Vernetzung via Links: interprofessionelle Zusammenarbeit als großer Vorteil und Chance der digitalen Informationsgesellschaft (Gehrmann, 2014)
- die von den Ratsuchenden favorisierte Paarberatung oder Einzelberatung
- Akute (Krisen-) Intervention mit Stabilisierung und emotionaler Entlastung
- Ressourcenaktivierung
- Längerfristige Begleitung und Reaktivierung bei repetitiver Belastung
- Nachsorge in der psychosozialen Versorgung
- Methodenvielfalt (systemisch, kognitiv-behavioural, psychodynamisch etc.)
- Einsatz von verhaltenstherapeutisch basierten Elementen, z.B.: Videos (s. Kapitel 11.5., S. 63)

Gerade der präventive Ansatz ist die priorisierte Forderung in den zitierten Studien und vom Familienministerium. Er ließe sich beispielsweise mit konkreten Fragen und Antworten auf der Homepage bzw. in Werbekampagnen umsetzen, um die in Kapitel 9.1 (S. 53) benannten Hemmschwellen zur Nutzung der Angebote zu mindern.

Eine Option frühzeitiger Aufklärung könnte es sein, bereits in Vernetzung (Links etc.) mit Schulen im Rahmen der Sexual-pädagogik auf die Thematik des Grundbedürfnisses Kinderwunsch, die tradierte Bedeutung für die Identitätsentwicklung zum „richtigen“ Mann und einer „richtigen“ Frau und die Problematik Familienplanung aufmerksam zu machen (Weller, 2014). Röser (2011) spricht von der Notwendigkeit, in der Jugendarbeit die Themen in das Bewusstsein zu bringen: Wie kann Partnerschaft gelingen? Was braucht es zur Partnerschaftszufriedenheit? Er fordert einen „Bildungs- und Orientierungsprozess“ zu Partnerschaft und Ehe. Eine feste, glückliche Partnerschaft ist für alle jungen Menschen mit Kinderwunsch die Voraussetzung für die konkrete Familienplanung. Bodenmann (2003) thematisiert in seiner deskriptiven Studie: Jugendliche sollten in den Kompetenzen Kommunikation, Problemlosestrategien und Stressbewältigung frühzeitig unterrichtet werden. Nur so könnten sie von der vorherrschenden Vorstellung eines neoromantischen Ideales der Liebesbeziehung zu der Idee gelangen, dass zu einer gelingenden Partnerschaft ein aktiver Gestaltungsprozess dazu gehört.

Kracht (2013; zit. nach Bundesverband, S. 11) betont die Wichtigkeit der „Vermittlung realistischer Partnerschaftsbilder“ für junge Menschen.

13. Voraussetzungen für eine Etablierung des EFL-Online-Paar-Portals

Ein EFL-Online-Paar-Beratungsangebot für ungewollt kinderlose Paare ist insbesondere als ein ergänzendes Angebot zu betrachten, um insbesondere all die zu erreichen, die bisher keinen Zugang zu Beratung gefunden haben. Als erste Orientierungsmöglichkeit sollte es hilfreiche Ansätze bieten: Ein Paradigmenwechsel weg von der Problem- und Defizitorientierung zur Anerkennung des Leidens, eine (Re-) Aktivierung und Wertschätzung vorhandener Bewältigungskompetenzen, Chancen zur Selbstwirksamkeitsentwicklung als Paar und Perspektiven für die Zukunft.

Online-BeraterInnen sollten als erste AnsprechpartnerInnen „Normalität“ vermitteln und zum ersten Schritt der Enttabuisierung und Öffnung ermutigen. So kann die Verbindung von Autonomie und Beziehung gelingen und damit erste professionelle Hilfe möglich werden.

13.1 Marketingstrategien

Patientenpräferenzen hängen von der Bekanntheit der Angebote ab. Eine Voraussetzung für das gesetzte Ziel, das Online-Angebot für alle ungewollt kinderlosen Paare zur Verfügung zu stellen und zudem bisherige Lücken zu schließen, ist das Bekanntwerden der Offerte. Hierfür sind zielführende Marktstrategien erforderlich. Eichenberg und Aden (2015) plädieren für Werbekampagnen: Ideen sind eine umfassende Medienkampagne mit Filmen, Online-auftritten, Links zu den Angeboten auf der Website des BMFSFJ, Broschüren und Flyer (BMFSFJ, 2012). Das Bundesfamilienministerium ist aktuell auf vielen Ebenen daran interessiert, das Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit“ in der Öffentlichkeit transparent werden zu lassen, der Tabuisierung und Stigmatisierung entgegen zu wirken, Präventionsmaßnahmen und Unterstützungsprogramme in die Wege zu leiten (s. Kapitel 10, S.58). Dies gilt im Besonderen für die gesundheitliche Prophylaxe der persönlich-partnerschaftlichen Belastungen und in der demographischen Perspektive. Als etablierter professioneller Dienstleister für Paarberatung würde sich die Institution EFL für das BMFSFJ als kompetenter Kooperationspartner in der Öffentlichkeitsarbeit anbieten.

13.2 Milieu-, gender- und altersspezifische Ansprache

Um ein Angebot für die gesamte Zielgruppe erstellen zu können, bedarf es eines an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientierten Konzeptes der Ansprache. Hiermit sollten insbesondere diejenigen jenseits von ART-Behandlungen und die Männer angesprochen werden (s. Kapitel 9.1, S.54). Vorschläge wären z.B.:

- eine optisch wie inhaltlich ansprechend gestaltete Website, die den milieuspezifisch angemessenen Bildungsstatus berücksichtigt (z.B.: Wortwahl, „leichte Sprache“).
- Anforderung einer heterogenen Zugänglichkeit durch inhaltliche (wie wird mit dem Thema umgegangen?) und interpersonelle Passung (offene Zugänglichkeit für alle Ratsuchenden mittels passgenauer Kommunikation) (Klein, 2005)
- Option zur Chat- (jüngere Nutzerinnen) bzw. E-Mail -Beratung (ältere Nutzerinnen)
- Qualität, Zugänglichkeit und Reichweite des institutionellen Supports im Internet
- Wertschätzung, Achtung und Respekt gegenüber dem Ratsuchenden

- Gezielte Ansprache der Männer, z.B.:
 - die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung für beide Geschlechter offensiv kommunizieren.
 - Bedürfnisse der Männer wahrnehmen und thematisieren.
 - Medien, in denen typische Reaktionen von Männern mit unerfülltem Kinderwunsch auf die Infertilität, die Diagnosestellung und die Kinderwunschbehandlung geschildert werden.
- FAQ`s: Ansprechende Fragenkataloge zu den Phasen der ungewollten Kinderlosigkeit

13.3 Vernetzung

Ratsuchende benötigen Hinweise auf eine Online-Paarberatung für ungewollt Kinderlose in einem breit angelegten Netzwerk von Institutionen der medizinischen Versorgung. Dies sind die Homepage-Seiten der Reproduktionsmediziner, der niedergelassenen Gynäkologen und Hausärzte. Als Ansprechpartner und Vermittler sind sie mit ins Boot zu ziehen, da sie für Frauen als erste Anlaufstelle fungieren und die niedergelassenen Ärzte für Männer eine niedrigschwellige Hilfe darstellen könnten. Ebenso fungieren Adoptionsvermittlungen und Frauengesundheitszentren als Multiplikatoren (BMFSFJ, 2012). Eine Vernetzung mit einem guten Informationsportal bei medizinischen Anfragen wie rechtlichen Fragestellungen ist wegen des sich rasch verändernden medizinischen, sehr speziellen Fortschrittes zur Entlastung der BeraterInnen ein hilfreicher Aspekt. Für Scholl (2005) ist die Voraussetzung der Vernetzung, dass die EFL-Identität erhalten bleibt.

13.4 Qualitätssicherung

Es bleibt die Frage der Qualitätssicherung für die Ratsuchenden: die Gewährleistung der Vertrauensbasis, Verlässlichkeit und Durchschaubarkeit des Angebotes.

Hierzu gehören Fragen nach:

1. Wo sind die Grenzen des Beratungsangebotes?
2. Sicherheit, Schutz, Privatsphäre und Vertrauenswürdigkeit (Lang, 2015)

Wie können sich Ratsuchende der Qualifikation, der Gewährung des Vertrauens und Zuverlässigkeit eines (unsichtbaren) Gegenübers sicher sein? Transparenz und evaluierte Qualitätskriterien repräsentieren die Glaubwürdigkeit des Beratungsangebotes und stellen die Grundlage für einen stabilen Prozessverlauf dar. Eichenberg (2012) führt an, dass z.B. 42% der 50 Top-Websites für Ratsuchende mit posttraumatischen Belastungsstörungen von Pharmafirmen gesponsert werden. Er fordert eine für User erkennbare Qualitätskontrolle durch die Einrichtung einer standardisierten Zertifizierung.

Weitere Evaluationsforschung sowie Aus- und Weiterbildung sollten den Standard des professionellen und kompetenten Angebotes sichern. Für Inter- bzw. Supervision bietet die Online-Beratung die optimale Grundlage. Sie ist im gesamten Prozess nachvollziehbar.

13.5 Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Krankenkassen

Nach Stöbel-Richter (2011) und BMFSFJ (2012) sollte die Paarberatung ungewollt Kinderloser durch die Krankenkassen abrechenbar sein, bisher würde allein die

Einzeltherapie erstattet. Ohne dass beide Partner ihre Themen einzeln und miteinander bearbeiten würden, könne eine langfristige Stabilisierung des Paares nicht erreicht werden. Die Wirksamkeit psychologischer Online-Beratung und www-basierter kognitiv-behavioural fundierter Unterstützungsprogramme für ungewollt Kinderlose ist belegt (Hämmerli et al. 2009 und Cousineau, 2007). Die Techniker Krankenkasse hat in Zusammenarbeit mit Wunschkind e.V. eine Broschüre zum Kinderwunsch herausgegeben. „Wir hoffen, dass diese Veröffentlichung mehr Menschen als bisher dazu motiviert, über ihren Kinderwunsch zu sprechen und sich zu trauen, dafür Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da Unfruchtbarkeit gesellschaftlich dazu mit einem Tabu belegt zu sein scheint, nur wenige wollen und können frei darüber sprechen, begrüßen wir es umso mehr, dass nun diese Broschüre darüber Öffentlichkeit herstellt“ (Wunschkind e.V., 2014, S.4). Um die heterogene Zielgruppe zu erreichen, wäre eine Zusammenarbeit in puncto Öffentlichkeitsarbeit und Förderung prophylaktischer Gesundheitsvorsorge mit den Krankenkassen zu prüfen.

13.6 Betrachtung der Grenzen und Probleme

Internetberatung ist kein Patentrezept, welches automatisch allen Ratsuchenden hilft. Die Kenntnis und Beachtung der Einschränkungen ist Grundlage für den Schutz der Ratsuchenden. Die Grenzen sind bei „dezidiert psychotherapeutischer oder ärztlicher Hilfe“ gesetzt (Risau, 2012). Ebenso kontraindiziert ist die Online-Beratung bei akut notwendigen Interventionen, z.B. bei Suizidalität oder Psychosen“, Gewaltproblematik und Kindeswohlgefährdung, da die sofortige Abwendung von Gefahr nötig ist. Hier ist direkte Hilfe vor Ort notwendig und dringend einzuleiten.

Die Mailberatung bedeutet für den Berater/ die Beraterin die Wahrnehmung des Ratsuchenden in der Zeitverzögerung, der Ist-Zustand des Gegenübers zum Zeitpunkt der Antwort kann ein anderer sein. Eichenberg & Stetina (2015) betonen, diesen Aspekt mit seinen Vor- und Nachteilen zu beachten.

Weiterhin sind Regressionsphänomene bei Ich-schwachen Klienten und die optionale Förderung von Vermeidungsstrategien der persönlichen Kontaktaufnahme möglich. Diese Problematik würde insbesondere bei zum Rückzug neigenden ungewollt kinderlosen Menschen die Negativspirale begünstigen. Hauptthema ungewollt Kinderloser ist der Wunsch nach Anonymität, ein Pluspunkt der Onlineberatung verbunden mit einer gleichzeitigen Gefährdung, wenn der Austausch und die Öffnung allein im virtuellen Raum gelingen würden. Hier ist große Aufmerksamkeit geboten, gegenläufigen destruktiven Tendenzen gezielt entgegen zu wirken. Onlineberatung sollte als „Trittbrett“ und „Bühne“ zur Öffnung und Einübung für den realen Kontakt dienen, aber keinen Ersatz dafür darstellen. Gehrmann (2014) führt die „Kanalreduktion“ als Mangel der Online-Beratung an: die komplette Kommunikation sei auf den schriftlichen Austausch beschränkt, was User wie BeraterInnen dazu zwingt, ihre Informationen allein über die Worte zu gewinnen. Ein nonverbaler Ausdruck als Mittel des Beziehungsaufbaus ist ausgeschlossen, insgesamt sei die Rückmeldemöglichkeit für BeraterInnen begrenzt (Riesenbeck & Hintenberger, 2014). Der Ratsuchende sieht sich herausgefordert, „sich verständlich und fehlerfrei auszudrücken“, was milieuspezifisch bedingt eine Hemmschwelle darstellen könnte. Der Chat bietet hier geringere Hürden (Engelhardt & Storch, 2013).

Ausgebildete Paarberater müssen auch ausgebildete Onlineberater sein. Es ist zu erwarten, dass sich die Kommunikations- und Informationstechnologien und somit die Technik der Onlineberatung in hohem Tempo weiterentwickeln wird. Die Vielfalt der virtuellen Angebote wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach deutlich vergrößern, die Software dementsprechend stets aktualisiert werden müssen. Somit sind BeraterInnen nicht nur in den Grundfragen der Reproduktionsmedizin und Beratung zu ungewollter Kinderlosigkeit, sondern ebenso auf allen Gebieten der Onlineberatung fortzubilden - ein zu beachtender Kostenfaktor. Mit dem BKiD existiert in Deutschland bereits ein international wie national anerkanntes und etabliertes Beratungsangebot für ungewollt kinderlose Paare. Bis dato verfügt das weit verbreitete Netzwerk noch über keine Onlineberatung, jedoch über eine Vielzahl nieder-gelassener, gut ausgebildeter und professioneller BeraterInnen bzw. TherapeutInnen. Bereits durch eine große Anzahl von Veröffentlichungen und Informationsmaterialien ist das BKiD den Multiplikatoren und Ratsuchenden bekannt und als kompetenter Marktbegleiter zu sehen und zu beachten.

14. Beantwortung der Fragestellung(en) und der Hypothese

In Kapitel 1.3. (S. 6/7) finden sich die Grundfragestellungen dieser Arbeit und die Hypothese, die entsprechend der Ausführungen der vorangegangenen Kapitel wie folgt eine Antwort gefunden haben.

1. Die Kernkompetenzen der EFL-Paarberatung sind eine hilfreiche und ergänzende Unterstützung für ungewollt kinderlose Paare.
2. Die Etablierung einer EFL-Online-Paar Beratung kann als eine Beratungsform für ungewollt kinderlose Paare mit eigenen Stärken dienen. Sie bietet entsprechend der angeführten Optionen (Kapitel 12) vielfältige neue Möglichkeiten der Beratungsansätze.
3. Aufgrund der Bedürfnisse und der Anforderungen ungewollt Kinderloser ist eine Onlineberatung als methodisch innovatives Konzept geeignet, das bisherige Beratungsangebot ergänzend zu bereichern. Eine große Anzahl ungewollt Kinderloser bevorzugt den Schutz der Anonymität, die schnelle Erreichbarkeit, die Flexibilität, den gebotenen Schutzraum, um sich zu öffnen und eine zielgruppenspezifische Ansprache als Voraussetzungen, um Hilfe für sich in Anspruch nehmen zu können. Die ausschließliche Möglichkeit eines Beratungsangebotes via FtF-Beratung könnte für sie bedeuten, mit ihrem Leiden auf sich alleine gestellt zu bleiben.
4. Eine Online-Beratung könnte dazu führen, dass belastete Paare aus allen Milieus in allen Phasen ihrer ungewollten Kinderlosigkeit eine für sie passende Unterstützung in Anspruch nehmen könnten. Dies ist nicht erst als Angebot im Zuge von ART-Behandlungen oder zur Steigerung der Fruchtbarkeitsrate möglich.
5. Die Nutzung der Online-Paar-Beratung bietet in vielfältiger Hinsicht Optionen für präventive Ansätze zur Aufklärung, Information und Gesundheitsprophylaxe.

Somit stimmt die eingangs erstellte Hypothese: Eine EFL-Onlineberatung ist für ungewollt kinderlose Paare nach den Erkenntnissen dieser Arbeit als eine professionelle, inhaltliche wie themenspezifische und methodische Erweiterung des bisherigen Beratungsangebotes zu sehen und somit ist ihrer Legitimation eine hinreichende Grundlage gegeben.

15. Schluss

Der Kindersegen Gottes ist ein tradierter Begriff, zu allen Zeiten galt ungewollte Kinderlosigkeit als großes Unglück. Fabeln, Märchen (Dornröschen, Rapunzel), eine umfangreiche Weltliteratur beschäftigt sich mit diesem Thema. Ungewollte Kinderlosigkeit ist als Krankheit definiert, die mit Leiden verbunden sein kann und ohne Verschulden der Menschen anzusehen ist. In der heutigen Zeit ist sie ein gesellschaftlich relevantes und zunehmendes Problem mit individuell differierenden Ursachen:

1. Junge Menschen suchen nach einem Partner/einer Partnerin, welche/welcher in einer zuverlässigen Beziehung mit erfüllter Sexualität die Realisation des Kinderwunsches erst möglich macht. Ein Unterfangen, das sich in unserer Zeit als schwierig erweisen kann.
2. Ungewollte Kinderlosigkeit kann die Konsequenz einer ausbleibenden positiven Entscheidung zur Elternschaft, eine Folge biographischer Konstellationen oder Entwicklungen sein, die ein Leben mit Kindern erst einmal als unattraktiv oder unpassend haben erscheinen lassen.
3. Ebenso kann sie das Resultat eines biologischen oder unerklärbaren Phänomens in einer Partnerschaft sein.
4. Die Zeitfenster für den biographischen Zeitpunkt sind begrenzt und im Zeitalter langer beruflicher Ausbildungen und Prioritäten von Individualisierung, Mobilität und Flexibilität schmaler geworden.

Sicherlich gibt es ohne Zweifel glückliche und zufriedene kinderlose Menschen, die sich für diesen Weg entschieden oder mit ihrem Schicksal Frieden gefunden haben. Doch dies kann und muss nicht für alle gelten.

Die gewollte Kinderlosigkeit ist als Lebensvariante in Ansätzen akzeptiert, die Ungewollte löst nach wie vor eine Krise mit einer Fülle von Problemen aus. „Es ist etwas Existentielles, das einem im Innersten trifft“ (Spiewak, 2011, S. 16 ff.). Etwas, das als Selbstverständlichkeit angenommen wurde, ein gewünschtes eigenes Kind, wird auf einmal zu einem leidvollen Lebensthema mit scheinbar unlösbaren Konflikten auf mehrdimensionalen Ebenen. Alle wichtigen Lebensbereiche des Menschen sind betroffen: die Sinnhaftigkeit des Lebens, das Selbstbild und der Selbstwert, die Identität als Mann und Frau, die Partnerschaft als Basis eines gelingenden Lebens, die Sexualität als körperlicher Ausdruck der Intimität und Nähe. Der tief verwurzelte, biologisch bedingte Wunsch der Generativität des eigenen Mensch-Seins und Nachkommenschaft sind Themen eines jeden Menschen, der Kinderwunsch ist nach wie vor ein Grundbedürfnis.

Allen ungewollt Kinderlosen in Deutschland soll ein niedrigschwelliges Beratungsangebot in allen Phasen zur Verfügung gestellt werden. Bis dato gibt es eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten, die jedoch niedrige Beratungszahlen verzeichnen. Die Forderung nach innovativen Konzepten rückt immer mehr in den Vordergrund, im Fokus steht auf Grund vielfältiger für ungewollt Kinderlose passender Aspekte eine Online-Beratung, die insbesondere die erreichen könnte, die bisher keine Beratung in Anspruch genommen haben, sie im face to face Kontakt ablehnen bzw. von dieser Möglichkeit keine Kenntnis haben.

Für die Institution der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung ergeben sich drei Aufgaben- bzw. Themenstellungen:

1. Die EFL kann mit einer öffentlich etablierten und beworbenen Online-Paar-Beratung für ungewollt kinderlose Paare ein wichtiger Baustein zur geforderten niedrigschwelligen Erreichbarkeit und Entstigmatisierung sein. Es gilt ein Bewusstsein in der Gesellschaft für das bis dato tabuisierte Thema zu schaffen, den Kinderwunsch und seine Nicht-Erfüllung mit all der potentiell damit verbundenen Belastung sichtbar werden zu lassen. Damit wird EFL ihren Grundaufträgen, den Menschen in der Not zur Seite zu stehen und auf die Probleme in der heutigen Gesellschaft aufmerksam zu machen, gerecht. Es geht um die Akzeptanz und Gleichstellung von Lebensentwürfen und Lebensformen, nicht um besser oder schlechter, wer Kinder hat oder wer ein Leben ohne Kinder leben muss oder möchte. Im Blickfeld stehen Vorurteile gegenüber und Bewertungen von Kinderlosen in der Gesellschaft, um Rechtfertigungsdruck und Schuldgefühle, die Menschen in ihrem Leben und in ihren Beziehungen beeinträchtigen. Kirche kann sich jenseits ihrer bisherigen Familienorientierung für diejenigen engagieren, die diese Lebensform nicht primär wählen wollten oder konnten. Sie kann für sie im wahrsten Sinne neue Räume eröffnen: Mit einer Online-Paar-Beratung im virtuellen Raum als auch auf dem Gebiet der öffentlichen, gesellschaftlichen Ebene.

Kann die Akzeptanz des Leidens an Infertilität bei allen Menschen und in der Öffentlichkeit gelingen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Inanspruchnahme von Beratung eine Zunahme verzeichnet und alle ungewollt Kinderlosen adäquate professionelle Hilfe bekommen können (Wischmann, 1998).

2. Gleichfalls ist mit dem Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit“ stets die Diskussion und Neubewertung von Geschlechtsrollenbildern verbunden, ebenso ein Zeitzeichen der modernen Gesellschaft, welches Kirche zur Positionierung herausfordert, da es um Grundprinzipien von gelingender Partnerschaft geht: Gleichberechtigung der Partner, eine Beziehung zwischen zwei erwachsenen Menschen, welche für beide Geborgenheit, Liebe, Erfüllung, gegenseitigen Austausch und Wachstum ermöglicht, ein Miteinander im Wechsel von Autonomie und Bindung. Die Anpassung gesellschaftlicher Verhältnisse, eine Demokratisierung der genderspezifischen Arbeitsteilung und Orientierung an biologischen Gesetzmäßigkeiten ist notwendig, um dem Phänomen ungewollte Kinderlosigkeit entgegen zu wirken.

Ein Auftrag des katholischen Ehe- und Familien-Pastorales könnte bereits hier ansetzen: Einzelne und Paare zu ermutigen, sich frühzeitig mit Familienplanung und den limitierenden Faktoren auseinanderzusetzen und Aufklärung darüber zu leisten, wie eine stabile Partnerschaft gelingen und was jeder einzelne dazu beitragen kann.

3. Ein weiteres Thema, welches mit ungewollter Kinderlosigkeit verbunden ist, ist die Frage der Machbarkeit im Zuge des medizinischen Fortschrittes. Gerade durch die technischen Verfahren der Reproduktionsmedizin wird suggeriert, Kinder nach Belieben erzeugen und planen zu können. Kinder können nicht mehr allein als eine Gabe gesehen werden, über

die man staunt und sich freut, sondern können als das Resultat eines „Herstellungsprozesses“ betrachtet werden. Der technische Zugang führt auf diese Weise ein asymmetrisches Herrschaftsdenken über das ungeborene Leben ein. Damit geht eine Grundhaltung des Annehmen-Könnens und des Sich-Überraschen-Lassens verloren.

Die katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung könnte mit einer vernetzten und öffentlich beworbenen Online-Paar-Beratung für ungewollt kinderlose Paare an einer Haltung von Medizin und Gesellschaft mitgestalten, die Interesse an allen Kindern und an den zukünftigen Eltern zeigt und gleichzeitig sinnvolle, akzeptierte Perspektiven jenseits eines Familienlebens für kinderlose Paare vermittelt (Maio, 2013).

16. Literaturverzeichnis

- Amtsblatt des Erzbistums Köln (Hrsg.) (2006). *Grundordnung für die Katholische Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Erzbistum Köln*. Stück 12, Nr. 232. S. 210-212.
- Beyer, K.. et al. (2004). *Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches. Ein psychotherapierelevantes Problem?* In: *Psychotherapeut*, 49 (5). S. 331-340.
- Billen, St. et al. (2013). *Entwicklung und Stand der Onlineberatung am Beispiel der zehnjährigen Arbeit im Bistum Münster*. In: Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.). *Blickpunkt EFL-Beratung*, 30, April 2013. S. 72-77.
- Bistum Münster (2015). *50 Jahre Ehe-, Familien- und Lebensberatung im Bistum Münster*. Online verfügbar unter <http://www.bistum-muenster.de/index.php?myELEMENT=309722>. Zuletzt geprüft am 12.12.2015.
- BKiD (2014). Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung-Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (Hrsg.): *Psychosoziale Kinderwunschberatung: Medizinische, ethische und psychosoziale Aspekte, beraterische Interventionen. Fortbildungsmanual*. Mörfelden-Walldorf: FamART.
- BMFSFJ (2012) - Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.). *Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status Quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptionalisierung, Implementierung und Evaluation*. Unter Mitarbeit von T. Wischmann und P. Thorn. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.). Online verfügbar unter: <http://www.informationsportal-kinderwunsch.de/sites/default/files/0651q140313as.pdf>. Zugriff am 01.11.2014.
- BMFSFJ (2015 a) - Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.). *Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten*. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Carsten Wippermann. DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Referat Öffentlichkeitsarbeit. Berlin.
- BMFSFJ (2015 b) - Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.). *Ungewollte. Was Betroffene bewegt – und warum eine professionelle psychosoziale Beratung hilfreich ist und sie unterstützen kann*. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Carsten Wippermann. DELTA-Institut für Sozial- und Ökologieforschung GmbH. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Referat Öffentlichkeitsarbeit. Berlin.
- Bodenmann, G. (2000): *Stress, kritische Lebensereignisse und Partnerschaft*. In: Kaiser, P. (Hrsg.) (2000). *Partnerschaft und Paartherapie*. Göttingen [...]: Hogrefe-Verlag. S. 219-238.
- Bodenmann, G. (2003). *Welche Bedeutung haben Liebe und Partnerschaft für Jugendliche heute? Eine deskriptive Untersuchung*. *Zeitschrift für Familienforschung*, 15(2). S. 91-104.
- Boivin, J. et al. (1999). *Why are infertile patients not using psychosocial counselling?* In: *Human Reproduction* 14 (5), S. 1384–1391.
- Boivin, J. & Kentenich, H. (2002). *Guidelines for counselling in infertility*. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Special Interest Group on Psychology and Counselling. Oxford: Oxford University Press.

- Brusdeylins-Hammer, K. (2013). *Nicht Ereignisse. Gesundheitspsychologische Befunde zu ungewollter Kinderlosigkeit*. Dissertationsschrift. Goethe Universität, Frankfurt am Main. Psychologie und Sportwissenschaften. Online verfügbar unter: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/31625>, Zugriff am 10.01.2015.
- Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.) (2013). *Was bleiben will muss sich ändern*. Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum des Bundesverbandes katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. Online verfügbar unter: www.bv-efl.de/downl.htm. Zugriff am 16.12.2015.
- BZgA (2012 a) - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Ein kleines Wunder: Die Fortpflanzung. Fruchtbarkeit bei Mann und Frau*. Unter Mitarbeit von Kentenich, H. & Wohlfahrt, K.. Köln: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung.
- BZgA (2012 b)- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Sehnsucht nach einem Kind. Möglichkeiten und Grenzen der Medizin*. Unter Mitarbeit von Kentenich, H. & Wohlfahrt, K.. Köln: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung.
- BZgA (2012 c) - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht. Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit*. Unter Mitarbeit von Kentenich, H. & Wohlfahrt, K.. Köln: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung.
- BZgA (2012 d): - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Warum gerade wir? Wenn ungewollte Kinderlosigkeit die Seele belastet*. Unter Mitarbeit von Kentenich, H. & Wohlfahrt, K.. Köln: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung.
- BZgA (2012 e) - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Kinderwunsch*. Köln: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung.
- Cousineau, T. et al. (2008). *Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial*. In: Human Reproduction 23 (3). S. 554–566.
- Dannhäuser, U. (2010). *Kinderwunsch gescheitert?!* Online verfügbar unter: www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l4yq-TMVEMJ:koeln.efl-beratung.de/infothek/fachartikel/ad2657d700dbf9fa114087ccb5d3a790/%3Ftx_efldata_infothek%255Bpage%255D%3D3%26tx_efldata_infothek%255Bfilter%255D%3D%26tx_efldata_infothek%255Baction%255D%3Dlist%26tx_efldata_infothek%255Bcontroller%255D%3DMedia+%26cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de. Zugriff am 16.12.2015.
- Deutsche Bischofskonferenz. Kommission für Ehe und Familie (XI) (2010). *Grundsätzliche Anforderungen an die Trägerschaft der katholischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) - unverzichtbare Standards für kirchliche Träger*.
- Dickmann-Boßmeyer, A. (2000). *Ungewollt kinderlos - Krise und Chance. Hinweise für Beraterinnen*. In: Beratung Aktuell, 1 (3). S.173-189.
- Dorn, A. & Wischmann, T. (2013). *Psychosomatik und psychosoziale Betreuung*. In: Diedrich, K. et al. (2013) (Hrsg.). Reproduktionsmedizin. S. 485-501.
- Eichenberg, Chr. (2012). *Digitale Medien verändern Therapie*. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 3, März 2012. S.132-134.
- Eichenberg, Chr. & Aden, J. (2015). *Onlineberatung bei Partnerschaftskonflikten und psychosozialen Krisen. Multimethodale Evaluation eines E-Mail-Beratungsangebots*. In: Psychotherapeut, 60. S. 53-63.
- Eichenberg, Chr. & Stetina, B. (2015). *Risiken und Nebenwirkungen in der Online-Therapie. Misserfolgsvorschau muss auf das Internet-Setting erweitert werden*. In: Psychotherapie im Dialog 2015/4. S. 56-60.

- Engelhardt, E. & Storch, St. (2013). *Was ist Onlineberatung? - Versuch einer systematischen begrifflichen Einordnung der `Beratung im Internet*. In: e-beratungsjournal.net, 9, Heft 2, Artikel 5. S. 1-12.
- Erdle, B. (2008) . *Kind ade-Einige Überlegungen zu sozialen und gesellschaftlichen Ursachen von Kinderlosigkeit*. In: Wischmann, T. (2008). (Hrsg.) *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 27-30.
- Frick-Bruder, V. (1989). *Betreuung des infertilen Paares unter Einbeziehung psychosomatischer und psychodynamischer Aspekte*. In: Schirren, C. (1989). *Unerfüllter Kinderwunsch. Leitfaden für Diagnostik, Beratung und Therapie in der Praxis*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag. S. 237-253.
- Fügner, J. et al. (2013): *Knowledge and Behaviour of Young People Concerning Fertility Risks - Results of a Questionnaire. Wissen und Verhalten junger Menschen bezüglich Fertilitätsrisiken-Ergebnisse einer Befragung*. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (73). S. 800–807.
- Guttormsen, G. (1992). *Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41(7). S. 247–252.
- Gehrmann, H.-J. (2014). *Onlineberatung-zwischen Wachstum und Ernüchterung*. In: Bauer, P. & Weinhardt, M. (Hrsg.) (2014). *Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Empirische Befunde und aktuelle Entwicklungen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 65-81.
- Hämmerli, K. et al. (2009). *Kinderwunsch Online Coaching-ein webbasiertes Selbsthilfe-programm*. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 6 (3). S. 111–115.
- Hämmerli, K. (2010). *Internet-based support for infertile parents: a randomized controlled study*. In: *Journal of Behavioral Medicine* 33 (2). S. 135-146.
- Haumann, W. (2005). *Kinderwunsch und Familienbilder im Spiegel der Demoskopie* . In: Beckmann, Rainer (Hrsg.) (2006). *Kinder: Wunsch und Wirklichkeit. Kinder und Familien in einer alternden Gesellschaft*. (1. Aufl.). Krefeld: Sinus-Verlag. S. 51-64.
- Helferich, C. (2003): *Planbarkeit – ein Mythos?* Anmerkungen zu einer Geschichte der Planbarkeit und zu Alltagsvorstellungen von Frauen. In: Graumann, S. & Schneider, I. (Hrsg.) (2003). *Verkörperte Technik – entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht*. Frankfurt/M.: Campus. S. 197-212.
- Herrmann, D. et al. (2011). *Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life*. In: *J. Assist. Reprod. Genet.* (28), S. 1111–1117.
- Hölzle, Chr. et al. (2000). *Lösungsorientierte Paarberatung mit ungewollt kinderlosen Paaren*. In: Strauß (Hrsg.) (2000): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*. Göttingen [etc.]: Hogrefe-Verlag für Psychologie. S. 149-172.
- Kentenich, H. et al. (Hrsg.) (2014). *Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen*. (2.Aufl.) Gießen: Psychosozial Verlag.
- Klein, A. (2005). *Online-Beratung für alle? Themenfelder, Unterstützungsmuster und Reichweiten netzbasierter Beratung*. Online verfügbar unter: www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2aQ8L92MW1IJ:www.kib-bielefeld.de/externalinks2005/OnlineBeratungfueralle.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de. Zugriff am 28.12.2015.

- Klinitzke, G. et al. (2013). *Internetbasierte Therapie nach Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft – Einfluss sozialer Unterstützung auf die Verarbeitung des Verlustes*. In: Verhaltenstherapie 2013, 23. S. 181-188.
- Kowalcek, I. et al. (1999). *Psychodynamik der Paarstruktur bei unerfülltem Kinderwunsch in Abhängigkeit von der Dauer des unerfüllten Kinderwunsches*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 9 (2). S. 63–68.
- Kjaer, T. et al. (2013). *Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems*. In: Acta Obstet Gynecol Scand. 93. S. 269-276.
- Kubitz-Eber, A. (2008). *Kinderwunschaapaare und Sexualität*. In: Wischmann, T. (2008). (Hrsg.) *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 94-98.
- Küchenhoff, J. & Könnecke, R. (2000). *Der (unerfüllte) männliche Kinderwunsch und seine Bedingungen*. In: E. Brähler et al. (2000). *Fruchtbarkeitsstörung*. Göttingen [etc.]: Hogrefe-Verlag für Psychologie. S. 124-145.
- Lang, J. (2009). *Paarberatung online*. In: Kühne, St. & Hintenberger, G. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Online-Beratung. Psychosoziale Beratung im Internet*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 179-187.
- Lang, J. (2015). *Wo steht die Onlineberatung/-therapie in 10 Jahren?* In: e-beratungs-journal.net, 11, Heft 2, Artikel 2. S. 93-104.
- Lechner, L. et al. (2007). *Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress*. In: Human Reproduction 22, 1, S. 288-294.
- Lehmann, K., Kardinal (2007). *Um des Menschen willen - Beratung als kirchlicher Grundauftrag*. Vortrag beim 1. Beratungskongress des Bundesforums Katholische Beratung „Weil der Mensch unteilbar ist“. Pressemitteilung der Deutschen Bischofskonferenz.
- Lenz, K. (2014). *Ehe und Paarsein heute – Lebensformen im Wandel. Soziologische Sicht auf Paare*. In: Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.). Blickpunkt EFL-Beratung, 2014, April. S. 65-73.
- Maio, G. et al. (Hrsg.) (2013). *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. (Original-Ausgabe). Freiburg im Brsg. [etc.]: Alber.
- Matthiesen, S.M.S. et al. (2011). *Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis*. In: Human Reproduction 26 (10), S. 2763–2776.
- Mayer-Lewis, B. (2014): *Beratung bei Kinderwunsch. Best-Practise-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch*. Unter Mitarbeit von Neumann R. Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg-ifb Bamberg (Hrsg.). Online verfügbar unter: http://www.ifb.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifb/materialien/mat_2014_1.pdf. Zugriff am 14.11.2014.
- Mummendey, H.-D. (2014). *Die Fragebogen-Methode*. (6. Aufl.). Göttingen [etc.]: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Nellissen, B. (2007). *Psychosoziale Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit*. AWO-Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund (Hrsg.). Dortmund: springer f3.

- Onnen-Isemann, C. (1995). *Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin*. In: Nauck, B. & Onnen-Isemann, C. (1995): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. S. 473-488. Neuwied: Luchterhand.
- Onnen-Isemann, C. (2000 a). *Ungewollte Kinderlosigkeit und die Auswirkungen der Reproduktionsmedizin: Der Fall Deutschland*. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Vol. 1, No. 1, Art. 28.
- Onnen-Isemann, C. (2000 b). *Wenn der Familienbildungsprozess stockt. Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktionsmedizinisch behandelter Partner*. Habilitationsschrift Fakultät Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Otto-von Guericke-Universität Magdeburg. Berlin [etc.]: Springer.
- Onnen-Isemann, C. (2004). *Ungewollte Kinderlosigkeit: Auswirkungen auf die Paarbeziehung*. S. 1-12. Online verfügbar unter: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ptkKArrCMSEJ:www.familienhandbuch.de/eltern-werden/familienplanung/auswirkungenpaarbeziehung.php+%cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de>. Zugriff am 9.01.2015.
- Quitmann, S. (2008). *Sexualtherapie bei Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung*. In: Wischmann, T. (Hrsg.) (2008). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Stuttgart: Kohlhammer. S. 89-91.
- Reindl, R. (2015). *Psychosoziale Onlineberatung - von der praktischen zur geprüften Qualität*. In: e-beratungsjournal.net, 11, Heft 1, Artikel 6. S.55-68.
- Riesenbeck, G. (2014). *Neue Formen der Beratung - Online-Beratung*. Handout im 6. Semester des Masterstudienganges: Master of Counseling, Ehe-, Familien- und Lebensberatung des Bistums Köln. Seminar am 06.12.2014.
- Riesenbeck, G. & Hintenberger, G. (2014). *Grundlagen der Online-Beratung*. Handout im 6. Semester des Masterstudienganges: Master of Counseling, Ehe-, Familien- und Lebensberatung des Bistums Köln. Seminar am 06.12.2014.
- Rinke, K. (2014). *Psychologische Beratung und Behandlung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch*. In: Keck, Chr. (Hrsg.) (2014): Kinderwunschbehandlung in der gynäkologischen Praxis. Stuttgart [etc.]: Thieme Verlagsgruppe. S. 295–309.
- Risau, P. (2012). „Das Netz fängt auf“ – *Krisenintervention online*. Fachvortrag 35 Jahre Kriseninterventionszentrum Jubiläumsveranstaltung am 29.11.2012 in Bad Honnef. Online verfügbar unter: http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf18_Risau.pdf. Zugriff am 18.12.2015.
- Risau, P. & Riesenbeck, G. (2011). *Virtuelle Beratungsräume-Multimedia Tools und interaktive Elemente in der Online-Beratung*. In: e-beratungsjournal.net, 7, Heft 1, Artikel 2. S. 1-13.
- Roeser, J. (2011). *Das heilige Experiment Ehe*. In: Christ in der Gegenwart. 6. Online verfügbar unter: www.christ-in-der-Gegenwart.de/archiv/besondere_thema_archiv_html?k_bbeitrag=383033. Zugriff am 11.01.2016.
- Roesler, Chr. (2012). *Bundesweite Evaluation der institutionellen Paarberatung in katholischer Trägerschaft. Eine prospektive naturalistische outcome-Studie mit Katamnese*. In: Beratung aktuell, 13, 3. S. 4-35.
- Rohde, A. (2001). *Zur psychischen Situation ungewollt kinderloser Paare*. Online verfügbar unter: <http://www.familienhandbuch.de/eltern-werden/familienplanung/kinderlosepaare.php> Zugriff am 9.01.2015.

- Sautermeister, J. (2013). *Mitten in der Gesellschaft. Kirchliche Ehe-, Familien- und Lebensberatung als pastoraler Dienst*. Herder Korrespondenz 67. 2/2013. Online verfügbar unter: http://www.bv-efl.de/dokumente/Sautermeister_HK_Artikel.pdf. S. 92-97. Zugriff am 6.01.2016.
- Schmidhuber, M. (2013). *Veränderungen im Verständnis personaler Identität durch die Reproduktionsmedizin*. In: Maio, G. (Hrsg.) (2013): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*. S. 137- 149.
- Schmidt, H.-J. (2005-2006). *Paare im Stress*. Online verfügbar unter: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l4yq-TMVEMJ:koeln.efl-beratung.de/infothek/fachartikel/ad2657d700dbf9fa114087ccb5d3a790/%3Ftx_efldata_infothek%255Bpage%255D%3D3%26tx_efldata_infothek%255Bfilter%255D%3D%26tx_efldata_infothek%255Baction%255D%3Dlist%26tx_efldata_infothek%255Bcontroller%255D%3DMedia+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de. Zugriff am 16.12.2015.
- Schmidt, H.-J. (2010-2011). *Zur Situation von Ehe und Familie heute*. Online verfügbar unter: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l4yq-TMVEMJ:koeln.efl-beratung.de/infothek/fachartikel/ad2657d700dbf9fa114087ccb5d3a790/%3Ftx_efldata_infothek%255Bpage%255D%3D3%26tx_efldata_infothek%255Bfilter%255D%3D%26tx_efldata_infothek%255Baction%255D%3Dlist%26tx_efldata_infothek%255Bcontroller%255D%3DMedia+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=de. Zugriff am 16.12.2015.
- Scholl, E. (2004). *Internet-Beratung - ein neues Aufgabenfeld für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung? Was sich nach 300 beantworteten Mails dazu sagen lässt*. In: Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.). *Blickpunkt EFL-Beratung*. Oktober 2004. S. 12-17.
- Schröder, T. (2007). *Geplante Kinderlosigkeit? Ein lebensverlaufs-theoretisches Entscheidungsmode ll*. In: Konietzka, Dirk (2007) (Hrsg.). *Ein Leben ohne Kinder. Kinderlosigkeit in Deutschland*. (1. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften. S. 365-397.
- Schnell, R. et al. (2013). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. (10. Aufl.). München [etc.]: Oldenbourg-Verlag.
- Spiewak, M. (2011). *Plötzlich siehst du überall Kinder*. In: Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.). *Blickpunkt EFL-Beratung*, April 2011. S. 16-25.
- Stammer, H. et al. (2004). *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Praxis der Paar- und Familientherapie Band 3*. Göttingen [etc.]: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Stöbel-Richter, Y. et al. (2011). *Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland - eine Pilotstudie*. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 8 (6). S. 416–423.
- Stöbel-Richter Y. et al. (2013). *Psychologische Beratung und Psychotherapie bei ungewollter Kinderlosigkeit*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 9-10 (63), S. 400–414.
- Strauß, B. et al. (2000). *Fokale Beratung von Frauen und Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Ein dreistufiges Modell*. In: Strauß, B. (Hrsg.) (2000): *Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*. Göttingen [etc.]: Hogrefe-Verlag für Psychologie. S. 119-148.

- Strauß B. et al. (2004). *Ungewollte Kinderlosigkeit*. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. (Hrsg.): Berlin. Heft 20. S. 7-27.
- TAB-Bericht (2010). *Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung. Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen*. Drucksache 17/3759. Berlin.
- Tempfer, C. (2014). *Epidemiologie und demografische Entwicklung*. In: Keck, C. (Hrsg.) (2014): *Kinderwunschbehandlung in der gynäkologischen Praxis. Sinnvolle Diagnostik und Therapiestrategien für Frauenärzte*. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag. S. 23- 43.
- Thorn, P. (2009). *Professionalisierung der Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch*. In: pro familia. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2009) (Hrsg.). Frankfurt a.M.: Familienplanungsrundbrief 7, 2, S. 3-10.
- Tretzel, A. (2008). *Den Körper Monat für Monat beachten*. In: Wischmann, T. (2008) (Hrsg.) *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 23-26.
- Tretzel, A. (2014). *Wandel der Kinderwunschberatung in den letzten 10 Jahren. „Wir unterstützen Paare, deren Lebensziele in Frage gestellt sind*. In: pro familia. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2014). (Hrsg.). *Kinderwunsch-Wunschkinder*. Frankfurt a.M.: pro familia-magazin. 42. S. 7-10.
- Wallraff, D. et al. (2015). *Kinderwunsch. Der Ratgeber des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. (1.Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weller, K. (2014). *Wenn wir das Recht auf selbstbestimmte Elternschaft ernst nehmen, müssen wir pädagogisch den Kinderwunsch emanzipieren*. In: pro familia. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2014). (Hrsg.) *Kinderwunsch-Wunschkinder*. Frankfurt a.M.: pro familia-magazin. 42. S. 11-13.
- Wilbertz, N. (2011). *Ehe-, Familien- und Lebensberatung 2020. Die Zukunft der EFL in sich wandelnder Gesellschaft*. In: Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V. (Hrsg.). *Blickpunkt EFL-Beratung*. Sonderdruck. II-2011. S. 48-59.
- Willi, J. (2012). *Die Zweierbeziehung*. (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Wischmann, T. (1998). *Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde. Eine Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit*. Frankfurt am Main, New York: P. Lang.
- Wischmann, T. (2006). *Unerfüllter Kinderwunsch-Stereotype und Fakten*. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 3 (4). S. 220–225.
- Wischmann, T. (2008). (Hrsg.) *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wischmann, T. (2009). *Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch*. In: *Sexuologie* 3-4 (16). S. 111–121.
- Wischmann, T. et al. (2012). *A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment*. In: *Human Reproduction* 27 (11). S. 3226–3232.
- Wischmann, T. (2014 a). *Paartherapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Hintergrund, Indikationen und Inhalte*. In: *Psychotherapie im Dialog*. 4/2014. S. 76-81.

Wischmann, T. (2014 b). *Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men*. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde, 74, S. 759-763.

Wunschkind e.V. (2014) (Hrsg.). *Unterstützung für Paare mit Kinderwunsch*. Online verfügbar unter: www.wunschkind.de. Zugriff am 08.01.2016.